

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas

Departamento de Sociologia

Programa de Pós-Graduação em Sociologia

Natália Leão Siqueira

GÊNERO E SAÚDE NO BRASIL: A (RE)PRODUÇÃO DE DESIGUALDADES

Belo Horizonte

2014

Natália Leão Siqueira

GÊNERO E SAÚDE NO BRASIL: A (RE)PRODUÇÃO DE DESIGUALDADES

Dissertação apresentada ao curso de
Mestrado em Sociologia da Faculdade de Filosofia e
Ciências Humanas da UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS como requisito parcial à
obtenção do título de MESTRE EM SOCIOLOGIA.

Linha de Pesquisa: Desigualdades Socioeconômicas, Organizações e Trabalho

Orientador: Prof. Dr. Jorge Alexandre Barbosa Neves

Belo Horizonte

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG

2014

301	Leão, Natália
L437g	Gênero e saúde no Brasil [manuscrito] : a (re)produção de
2014	desigualdades / Natália Leão. - 2014.
	96 f. : il.
	Orientador: Jorge Alexandre Neves.
	 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
	 1.Sociologia – Teses. 2. Classes sociais – Teses. 3. Saúde - Teses. I. Neves, Jorge Alexandre. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Natália Leão Siqueira

GÊNERO E SAÚDE NO BRASIL: A (RE)PRODUÇÃO DE DESIGUALDADES

Dissertação apresentada ao curso de
Mestrado em Sociologia da Faculdade de Filosofia e
Ciências Humanas da UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS como requisito parcial à
obtenção do título de MESTRE EM SOCIOLOGIA.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Alexandre Barbosa Neves

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Jorge Alexandre Barbosa Neves (Orientador DSO/UFMG)

Profa. Dra. Letícia Marteleto (UT-Austin)

Profa. Dra. Yumi Garcia dos Santos (DSO/UFMG)

Belo Horizonte, 04 de abril de 2014

À Maria de Fátima Leão

AGRADECIMENTOS

À *Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)*, pela estrutura, capacitação e oportunidades oferecidas ao aprimoramento de meus estudos e minha vida profissional.

À *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)* e ao *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)*, pela disponibilidade e incentivo a bolsas de pesquisas, pelas quais fui beneficiada.

Ao *Professor Doutor Jorge Alexandre Barbosa Neves*, meu orientador, por ter me proporcionado o aprofundamento e aperfeiçoamento no mundo da pesquisa social e por todo o aprendizado, de um modo geral, na área da Sociologia.

Aos meus mestres, de um modo geral, e particularmente à professora *Yumi Garcia dos Santos* e ao professor *Jerônimo de Oliveira Muniz*, pela contribuição intelectual para este trabalho. *Cláudio Santiago*, pela compreensão e por me instigar ao conhecimento de novos temas que perpassam a linha de pesquisa escolhida por mim. E *Renan Springer de Freitas*, por todo aprendizado proporcionado para a futura vida profissional de professora-pesquisadora.

À professora *Letícia Marteleto*, pela disponibilidade em participar da banca examinadora e por suas importantes contribuições a este trabalho.

Aos membros do *Laboratório de Pesquisa em Estratificação Social e Trabalho (LAPEST/UFMG)* e do *Centro de Pesquisas Quantitativas em Ciências Sociais (CPEQS/UFMG)*, por toda contribuição intelectual na elaboração deste trabalho. Especialmente à *Elaine Meire Vilela*, *Cláudia Ayer*, *Leonardo Silveira*, *Matheus Falheiros*, *Fabíola Paulino*, *Luciana Drumond* e *Antônio Carlos Ribeiro*.

Aos funcionários da *Universidade Federal de Minas Gerais*, particularmente aos atuantes na *Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH)*.

Ao professor *José Alcides Figueiredo Santos*, meu orientador na graduação, que me apresentou o tema de desigualdade em saúde, pelos primeiros passos na pesquisa acadêmica e também pela grande colaboração ao meu curso de mestrado.

A todos meus colegas de curso, pelo companheirismo e troca de aprendizagem, em especial a *Luana, Valéria, Leandro, Sávio, Glauber e André*.

À *Branca*, minha mãe, pelo incentivo e credibilidade depositada em mim, além da paciência e apoio em todos os momentos. Às minhas irmãs *Luciana* e *Cristina*; e a minha sobrinha *Mariana*, por sempre acreditarem em mim.

Aos meus *tios e tias, primos e primas*, residentes em Belo Horizonte, pelo incondicional apoio material e emocional.

Aos amigos e amigas *Isis, Flávia, Camila, Helena, Bizotti e Léo*.

“Todas as vitórias ocultam uma abdicação.”

Simone de Beauvoir

RESUMO

O presente estudo parte do pressuposto da existência da desigualdade em saúde entre homens e mulheres no Brasil e, assim, apresenta como objetivo principal responder às seguintes questões: a) essa desigualdade se apresenta independentemente da variável utilizada para medir a saúde? b) as características regionais do país e seus diferenciais sociais influenciam nos resultados da desigualdade em saúde por gênero?

Buscando alcançar respostas a essas questões, o intuito é analisar os fatores sociais que impactam na saúde de homens e mulheres, a partir de uma construção social de gênero, nas macrorregiões do Brasil. Os dados, que contribuem para essa análise, são advindos de uma subamostra da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio de 2008 (PNAD/IBGE), na qual o questionário suplementar investigou características de saúde dos moradores dos domicílios brasileiros. As técnicas estatísticas amparam-se em análises de regressões logística binária e linear generalizada.

Constatamos que, comparados homens e mulheres, existem demarcações de desigualdade em saúde em todas as regiões demográficas do Brasil. Ainda existe uma gradação na desigualdade em saúde dentro das próprias categorias “mulher” e “homem”, ao considerarmos raça, sendo que tal desigualdade segue respectivamente um acréscimo: homem branco, homem negro, mulher branca e mulher negra. A desigualdade em saúde por gênero se manifestou tanto ao utilizarmos a variável autoavaliação do estado de saúde, quanto no índice de doença crônica. Uma exceção se deu ao analisarmos através das macrorregiões, sendo que, na autoavaliação do estado de saúde, a única região brasileira que apresentou índices de desigualdade em saúde piores que o Nordeste foi a região Norte. Já no índice de doença crônica, todas as regiões manifestaram melhores índices, ao compararmos com o Nordeste.

Palavras-chave: desigualdade social, saúde, gênero, macrorregiões brasileiras.

ABSTRACT

This current paperwork study assumes the existence of inequality in health between men and women, in Brazil, and thus, it presents as main objective to answer the following questions: a) Does this inequality present itself independent of the variable used to measure health? b) Do the regional characteristics of the country and their social differentials influence on inequality in health results by gender?

Trying to reach answers to these questions, the intention is to analyze the social factors that impact on men and women health, from a social construction of gender, in the geographical regions of Brazil. The data that contribute to this analysis comes from a subsample of the 2008 National Survey by Household Sample (NSHS/BIGE), in which the supplementary questionnaire has investigated characteristics of Brazilian households residents health. Statistical techniques sustain in binary regression analysis and generalized linear logistic.

We note that, compared men and women, there are demarcations of inequality in health in all geographic regions of Brazil. There is still a degree in health inequalities within their own categories "woman" and "man", when considering race, and such an increase inequality follows, respectively: white man, black man, white woman and black woman. The inequality in health by gender has manifested both when we use the self-assessment of health status variable, as the index of chronic disease. An exception occurred when analyzing across geographical regions, and in the self-assessment of health status, the only Brazilian region with indexes of inequality health worse than the northeast, was the northern region. In chronic disease index, all regions have presented higher rates when compared with northeast.

Keywords: social inequality, health, gender, Brazilian regions.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 REVISÃO TEÓRICA	17
1.1 INTRODUÇÃO.....	17
1.2 O CONCEITO DE GÊNERO	18
1.3 TEORIA DAS CAUSAS FUNDAMENTAIS.....	25
1.4 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DE GÊNERO EM SAÚDE	34
1.5 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.....	37
1.6 SAÚDE E GÊNERO NO BRASIL	45
1.7 PESQUISAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS SOBRE SAÚDE	51
1.8 REFLEXÕES FINAIS	54
2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	56
2.1 INTRODUÇÃO.....	56
2.2 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	56
2.3 OS DADOS E AS VARIÁVEIS	58
2.4 VARIÁVEIS DE CONTROLE	60
2.5 EXPLORANDO A VARIÁVEL TESTE	62
2.6 AS TÉCNICAS E OS MODELOS ESTATÍSTICOS DE ANÁLISE	68
2.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
3 DISCUSSÕES E RESULTADOS	71
4 REFLEXÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
ANEXO.....	95

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Estatísticas Descritivas para as Variáveis Independentes 63

TABELA 2. Razões de Chance e Exponenciais dos Erros-Padrão Estimados por Modelos de Regressão Logística para a Variável Dependente “Autoavaliação do Estado De Saúde” 73

TABELA 3. Razões de Chance e Exponenciais dos Erros-Padrão Estimados por Modelos de Regressão Lineares Generalizados para a Variável Dependente “Índice de Doença Crônica” 77

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Percentual da Autoavaliação do Estado de Saúde por Gênero	65
GRÁFICO 2. Densidade da Autoavaliação da Saúde como Boa, para <i>Status</i> Socioeconômico Médio, por Gênero e Raça, Conforme a Região	65
GRÁFICO 3. Percentual de Doença Crônica por Gênero	66
GRÁFICO 4. Presença de Doença Crônica, Mantendo SSE Médio, por Gênero e Raça, Conforme a Região	67
GRÁFICO 5. Distribuição Não Normal da Variável Dependente (Doença Crônica), por Mulheres	95
GRÁFICO 6. Distribuição Não Normal da Variável Dependente (Doença Crônica), por Homens	95

INTRODUÇÃO

Apesar dos grandes avanços acerca da desigualdade social, o Brasil continua sendo um dos países mais desiguais do mundo. Esse fato nos faz refletir sobre as várias dimensões das disparidades sociais e os fatores que causam tais desigualdades. Uma dessas dimensões reflete sobre a desigualdade em saúde, sendo ela uma desvantagem adicional a grupos menos favorecidos socialmente e em posições categóricas assimétricas, já que se soma a outras desigualdades sociais (Santos, 2008).

Abordagens acerca das desigualdades em saúde baseadas em questões sociais vêm sendo destacadas por diversos pesquisadores (Navarro, 1989; Link e Phelan, 1995; Pamuk *et. al.*, 1998; Dachs e Santos, 2006; Cockerham, 2007; Leão, 2009; Annandale, 2010; Phelan *et. al.*, 2010; Santos, 2011a; Chor, 2013). Em tais argumentações, alguns teóricos afirmam que as conquistas da saúde pública e a elevação nos índices de esperança de vida não devem mascarar a distribuição desigual da saúde e da doença entre os indivíduos. Fatores que influenciam diretamente as chances de uma melhor qualidade de vida das pessoas, a morbidade e a mortalidade, estão relacionados com a maneira com que estruturam sua vida social e variam de acordo com gênero, raça e *status* socioeconômico (Link e Phelan, 1995; Annandale, 2010; Chor, 2013).

Contudo, alguns estudiosos destacam que uma abordagem apenas biomédica não é capaz de abranger as desigualdades sociais em saúde (Nettleton, 1995; Link e Phelan, 1995; Cockerham, 2007; Phelan *et. al.*, 2010). Apesar disso, por um longo período, as pesquisas na área da saúde atribuíram aos fatores sociais influências distantes ou coadjuvantes nesse processo, e não como causas diretas, como se a causa da doença só pudesse ser relacionada às características bioquímicas que agem sobre o organismo (Nunes, 2007). Entretanto, há alguns anos, uma mudança de modelo na epidemiologia social vem sendo desenhada, no sentido de reconhecer os atributos causais da estrutura social (Link e Phelan, 1995; Cockerham, 2007; Phelan *et. al.*, 2010).

Os países desenvolvidos deram grande destaque a essa mudança, de maneira muito entusiasmada, como evidencia uma reportagem de Erica Goode no *The New York Times*, em 1999, onde destaca: “[...] uma explosão de pesquisas está demonstrando que classe social [...] é um dos preditores mais poderosos de saúde, mais poderosa do que a genética, exposição a

agentes cancerígenos, e até mesmo fumar¹”. Atribuir a causalidade da saúde e da doença a fatores sociais é considerar que estes podem moldar, em algum grau, a suscetibilidade, o risco de exposição, o percurso e o resultado das doenças.

As condições sociais formam “causas fundamentais” da doença, conforme determina o acesso a recursos importantes, que pode minimizar ou evitar os riscos e/ou as consequências das doenças, afetando assim múltiplos resultados de saúde por mecanismos ou trajetórias de risco que são reproduzidos no tempo (Link e Phelan, 1995; Phelan *et al.*, 2010). As chances de saúde refletem uma incorporação mental e física das divisões sociais, já que elas interferem no funcionamento e no bem-estar físico e mental, assim como na vulnerabilidade à doença (Graham, 2000).

O foco sobre como a estrutura social influencia nos resultados de saúde emerge e coloca em destaque as noções de gênero, raça e classe social e/ou *status* socioeconômico. A compreensão sobre a distribuição das chances de saúde deve ponderar as características específicas dos condicionamentos dessas categorias de análise social, voltando-se em específico para a magnitude da associação entre tais categorias e a produção dos arquétipos de doença e saúde.

Acreditamos assim que gênero como uma categoria construída para diferenciar socialmente as pessoas possa ser uma categoria que exerça grande influência sobre a desigualdade em saúde, ainda mais quando associada às variáveis de raça e *status* socioeconômico. Além disso, ao tratarmos de tais aspectos em um país nas dimensões geográficas do Brasil, torna-se necessário demarcar que há grandes diferenças entre gênero e saúde, conforme as diversas regiões do país (Ellen, 2000).

O Brasil compõe-se de cinco regiões com características físicas e socioeconômicas bem distintas. O Sul e principalmente o Sudeste são demarcados por grande desenvolvimento industrial e maiores índices de urbanização, o que lhes proporciona maiores condições de atendimento básico à saúde. O Norte é um estado com baixa densidade demográfica. Já o Nordeste caracteriza-se pelos precários indicadores socioeconômicos, o que reflete diretamente na saúde e no bem-estar de sua população. Além disso, é uma região que é historicamente demarcada pela emigração, principalmente dos homens, ditos chefes do domicílio. Fator esse que caracteriza um forte demarcador de gênero e que acumula a

¹ Trecho completo, no original: “Scientists have known for decades that poverty translates into higher rates of illness and mortality. But an explosion of research is demonstrating that social class -- as measured not just by income but also by education and other markers of relative status -- is one of the most powerful predictors of health, more powerful than genetics, exposure to carcinogens, even smoking” (Goode, 1999).

responsabilidade de chefe de domicílio às mulheres, sendo maior que a média nacional (Ellen, 2000; Chein *et al.*, 2007; Silva e Hasenbalg, 2012).

Estudos que versam sobre saúde e gênero no Brasil demonstram que homens e mulheres se expõem à saúde/doença por hábitos diferenciados por gênero – como consumo de álcool, drogas, prática de atividade física e hábitos alimentares (Aquino *et al.*, 1992; Springer & Mouzon, 2011). As mulheres também sofrem do ônus da dupla jornada de trabalho, tendo que cuidar da casa (e assim estando mais expostas a produtos químicos de uso doméstico) e dos filhos (expondo-se também a doenças infecciosas que se manifestam com maior frequência nas crianças), mesmo quando inseridas no mercado de trabalho formal (Aguilar *et al.*, 2007; Moen *et al.*, 2011; Wilkinson *et al.*, 2012).

Portanto, devemos considerar que o estilo de vida das mulheres é diferente do estilo de vida dos homens, principalmente nos papéis e tarefas que desempenham (Connell, 1987); além de a questão da doença nas mulheres ser algo historicamente naturalizado e essencializado (Ehrenreich e English, 2003). Consequentemente, a distinção da manifestação de doenças entre homens e mulheres pode estar associada ao sistema maior de desigualdade de gênero, representado pelo privilégio masculino em espaços públicos e pela vulnerabilidade física das mulheres (Santos, 2011a).

Diante das indagações que se entrelaçam, nossas questões iniciais persistem em verificar: existe desigualdade em saúde entre homens e mulheres no Brasil? As distintas regiões demográficas do Brasil apresentam impactos diferenciais sobre a desigualdade em saúde por gênero? Essa desvantagem de gênero varia conforme o indicador de saúde utilizado no estudo para medi-la?

Com o objetivo de responder tais inquietações, buscamos nos basear em autores que já haviam trabalhado com o tema geral da desigualdade em saúde sob o enfoque da construção social da saúde. Utilizamos quatro modelos apresentados pela literatura: o modelo de seleção social; o modelo cultural e comportamental; o modelo psicossocial; e o modelo materialista – aos quais, em conjunto, explicam as causas sociais fundamentais da saúde (Link e Phelan, 1995; Phelan *et al.*, 2010). Além disso, também adotamos como norte quatro teorias que versam sobre a construção social de gênero: gênero como atributo pessoal; visão interativa de gênero; gênero nas organizações e instituições; e gênero como sistema multinível (Risman, 1994; Wharton, 2003; 2005; Martin, 2004). Dessa forma, tentaremos responder as questões propostas por meio do entendimento da construção social das categorias de homem, mulher, saúde e doença.

Este estudo é relevante para a compreensão das desigualdades em saúde permeadas por gênero dentro de um contexto social específico, as regiões demográficas do Brasil. A importância do trabalho versa em abranger o quanto o contexto social e as distinções de comportamento dentro de tal contexto influem na saúde dos grupos e indivíduos; ou seja, espera-se, com esta pesquisa, contribuir para o entendimento de como os indicadores de saúde refletem a realidade política da saúde por gênero no país, fornecendo assim um instrumento analítico robusto acerca do fenômeno estudado.

Nossas hipóteses são as de que: os comportamentos diferenciais por gênero e seus impactos sobre a saúde de homens e mulheres reflitam sobre a autodeclaração do estado de saúde, e ainda que tais diferenciais variem conforme as macrorregiões do país (Payne, 2006); e que homens e mulheres apresentem diferenciais no que tange ao índice de doenças crônicas, e ainda que tais diferenciais sejam mediados por outros fatores sociais (Link e Phelan, 1995; Cockerham, 2007).

Os dados aqui analisados demonstraram que gênero, assim como outras variáveis sociais, exerce grande influência sobre saúde, não importando a variável utilizada para medi-la. Além disso, as variações demográficas do Brasil, também como um indicador socioeconômico de diferenciação, somam-se aos demais fatores sociais que causam as desigualdades de saúde.

A dissertação divide-se em três capítulos, além desta introdução e das reflexões finais. O primeiro capítulo expõe um esforço de discussão da literatura, introduzindo as principais teorias que versam sobre: a construção social de gênero; as causas fundamentais que explicam as desigualdades sociais em saúde; e o sistema de saúde no Brasil; além de mais dois subtópicos que problematizam as questões de saúde e gênero no Brasil e a apresentação de alguns estudos já realizados sobre o tema da desigualdade em saúde.

O segundo capítulo apresenta os dados, as técnicas e os métodos estatísticos de análise, que serão utilizados e analisados nos capítulos posteriores. Este capítulo contém: a delimitação do objeto de estudos; a descrição dos dados e das variáveis de análise; e as técnicas de análise estatística do modelo de regressão logística binário e do modelo linear generalizado.

O terceiro e último capítulo busca testar as hipóteses propostas neste trabalho, por meio de uma análise detalhada das técnicas e dos modelos estatísticos aqui estabelecidos. Assim, neste capítulo, objetiva-se: verificar a desigualdade em saúde entre homens e mulheres no Brasil; observar se o medidor de saúde utilizado exerce influência sobre os resultados de

saúde por gênero; e avaliar os possíveis impactos das características regionais sobre a desigualdade em saúde.

1 REVISÃO TEÓRICA

1.1 INTRODUÇÃO

A reflexão das áreas da sociologia da saúde e da epidemiologia social pautadas nas temáticas relacionadas a: influência das condições sociais sobre as causas fundamentais da doença; chances de vida direcionadas às escolhas; privilégios ou a exclusão dos benefícios de estado de saúde ou de doença; posicionamento socioeconômico no acesso aos recursos promotores do bem-estar físico, emocional e mental; capacidade de realizar funcionamentos; e de converter esses recursos em saúde e longevidade vem alçando um importante espaço de pesquisa teórica e metodológica.

As análises biomédicas sobre os mecanismos causais do estado de saúde e de doença assistem à emergência, desde os anos 1950, de uma abordagem cujas raízes avaliam o processo de saúde e seus determinantes primários como atributos apenas dos processos bioquímicos, sendo que os fatores sociais, comportamentais e culturais se assumiam como influências coadjuvantes (Nunes, 2007).

As análises sociológicas, contudo, a partir da elaboração do *Black Report* em 1980, como veremos adiante, reconhecem a importância dos determinantes sociais na saúde (Cockerham, 2007); sendo eles um conjunto de fatores influenciadores na análise da saúde e da sua desigualdade, pois se distribuem de forma distinta entre os grupos sociais. A partir desse momento, os estudos sobre saúde começam a ser analisados como construção social (Cockerham, 2007; Link e Phelan, 1995).

Nesse viés, consideramos a importância da análise desses diferentes fatores sociais que determinam a saúde/doença, sendo o comportamento por gênero e as desigualdades advindas deste fatores que merecem destaque, já que assumimos gênero como a compreensão de homens e mulheres baseada em categorias distintas, possuindo diferentes poderes no que tange ao acesso ao bem-estar material e social (Warthon, 2003).

Pautada nessa perspectiva, esta seção apresenta as correntes teóricas que fundamentam os principais conceitos considerados no decorrer do trabalho e as principais fontes nas quais foram baseadas as hipóteses, os objetivos e o problema de pesquisa. A discussão da abordagem de gênero se deu a partir das considerações teóricas que tratam o tema como um sistema multinível de práticas que organiza desigualdades fundamentadas nas distinções entre

homens e mulheres (Warthon, 2003; 2005; Lorber, 1994; Grossi *et al.*, 1998). Já a discussão sobre saúde foi elaborada sob a perspectiva da *Teoria das Causas Fundamentais*, com a consideração dos fatores sociais como principal causador das desigualdades em saúde (Link e Phelan, 1995; Phelan *et. al.*, 2010). Além disso, apresentamos o tema geral de saúde sob cenário, em que a análise é pautada, ou seja, as cinco macrorregiões do Brasil.

1.2 O CONCEITO DE GÊNERO

Ao analisarmos a questão de gênero com um enfoque sociológico, podemos tomá-la como representação de *status*, podendo ser demarcada como distinções atribuídas, assinalando e hierarquizando as categorias; são diferenças de poder social, gerando a desigualdade de gênero. Gênero aqui não é tratado apenas como homens e mulheres coagidos a papéis sociais diferenciados, as mulheres e os homens costumam escolher caminhos orientados por gênero². Contudo, essas escolhas se dão dentro de um leque de opções disponível, no qual pode ser restrito, dependendo do grupo. E assim escolhemos as melhores alternativas, dentro daquelas opções que nos são disponibilizadas (Risman, 1994).

Nesse quadro, as ações se dão a partir dos interesses, e a capacidade de escolha se modela sob a estrutura social; mas por que homens e mulheres apresentam esse leque diferenciado de escolhas? Risman (1994) destaca que nós nos comparamos dentro do sistema de desigualdade sempre com nosso semelhante; sendo assim, enquanto as mulheres e os homens se veem como diferentes tipos de pessoas, as mulheres não irão comparar as suas opções de vida com os homens. A partir dessa lógica de análise que reside o poder do sexo ou a diferenciação desse poder, onde a anatomia sexual é usada para dicotomizar os seres humanos em tipos diferenciados.

Essa distinção não se apresenta apenas no plano simbólico e cultural, mas principalmente nas interações – que são ligadas a determinados objetivos, levando-se em conta o cenário, o contexto e as tarefas que se exercem na vida social –, assim como nas instituições e nas organizações sociais, que são eixos da vida social, delimitando nossas vidas.

² Os atores escolhem umas alternativas em detrimento de outras, como demonstra a análise de gênero baseada na estrutura social – a ser tratada adiante.

A estrutura de gênero diferencia oportunidades e constrangimentos com base na categoria sexo e, portanto, tem consequências em três dimensões: no nível individual, para o desenvolvimento de seres de gênero; durante a interação, como homens e mulheres enfrentam diferentes expectativas culturais, mesmo quando eles ocupam cargos estruturais idênticos; e em domínios institucionais, onde os regulamentos explícitos sobre a distribuição de recursos e bens materiais são específicos de gênero (Risman, 1994).

Com a institucionalização das diferenças de gênero, a desigualdade se mantém em sua forma mais “invisível”, pois aqui ela é naturalizada na sociedade, permanecendo no inconsciente das pessoas (Martin, 2004). A forma de distinção a partir do gênero passa a ser também de classe e raça, tomando-se a estrutura básica de que há um grupo marginalizado em oposição a outro grupo. Tal desigualdade passa a ser legitimada e está em todos os âmbitos sociais, uma vez que são também classificados em gêneros: existem identidades diferentes conforme o gênero a que pertence; mas essa questão não está incorporada apenas na identidade do indivíduo, e sim – e principalmente – na do grupo, ou na classe (Wright, 2009; Glenn, 1999; Scott, 1990).

Devemos destacar que, apesar dos visíveis avanços alcançados pelas mulheres, a chamada *dominação masculina* (Bourdieu, 2005) ainda permanece, porém em sua forma mais sutil – podendo ser considerada pior porque mais escondida – de manifestação. A dominação e o poder masculino estão arraigados em nossa sociedade, estão inscritos nas instituições e organizações sociais, que são eixos e delimitam nossas vidas, são vistos como diferenças já dadas, biológicas, manifestando-se de formas “doces” (Bourdieu, 2005; Grossi *et al.*, 1998). Contudo, tal diferenciação apresenta-se no comportamento diário de homens e mulheres, demarcando suas vidas, influenciando inclusive nas formas de adoecimento.

Essa distinção de gênero e os tipos de relações sociais, o meio em que se atua, a classe a que se pertence, tudo isso se relaciona também com os estilos de vida, as disposições invisíveis em cada prática, sendo a desigualdade introduzida no corpo e demarcando a distinção e a hierarquização entre os grupos. Os estilos de vida são limitados pelos âmbitos sociais, estão nas estruturas sociais e são padrões coletivos de comportamento. Esses estilos de vida diferenciados são comportamentos díspares de gênero que podem afetar inclusive a saúde de homens e mulheres negativa ou positivamente, e essa distinção se dá na alimentação, nas práticas de atividades físicas, nas ocupações trabalhistas, entre outras. As mulheres, em geral, apresentam menos recursos tanto econômicos quanto culturais, devido à divisão apresentada entre sua vida produtiva e reprodutiva (Santos, 2008).

Sendo assim, trataremos gênero como uma categoria que se apresenta em multiníveis. Essa categoria se determina como um princípio central da organização social, no qual é produzido e reproduzido de forma dinâmica. Assim, gênero nos é interiorizado, ou seja, é a sociedade dentro de nós, formando assim identidades. São construções sociais incorporadas (Wharton, 2003). Gênero é uma categoria que está sempre sendo feita e refeita e, dessa maneira, afeta diretamente a natureza das redes sociais, que são os recursos. Analisaremos gênero como uma estrutura social, pois assim podemos identificar melhor as maneiras pelas quais gênero está inserido nas dimensões individuais, interativas e institucionais de nossa sociedade (Risman, 1994; Wharton, 2003; 2005; Martin, 2004).

Antes de especificarmos o foco em que será tratada a categoria gênero, vale ressaltar que, de acordo com a literatura internacional, podemos apontar quatro tradições dentro das Ciências Sociais que têm se destacado para explicar a categoria. A primeira tenta analisar como as diferenças sexuais dos indivíduos se originam, seja através da biologia ou por uma origem social; a segunda se concentra em como a estrutura social – em oposição à biologia ou à aprendizagem individual – cria um comportamento de gênero; já a terceira corrente enfatiza a interação social e a responsabilidade que temos nas expectativas com os outros, focando no “fazendo gênero” e como ele cria e reproduz a desigualdade (West e Zimmerman, 1987 *apud* Risman, 1994); por fim, a perspectiva sob a qual nos baseamos, pautando-se na análise de gênero com uma abordagem de multinível, na qual trata gênero como uma construção social de vida através da socialização, interação e instituições sociais³.

Tais abordagens teóricas, a nosso ver, não podem ser consideradas como correntes excludentes, uma vez que a relação entre análises micros e macrossociais devem ser complementares. Nesse sentido, podemos destacar teorizações recentes que traduzem gênero como um sistema de estratificação social estruturado, abordando tanto a análise micro como a macrossocial (Connell, 2002; Lorber, 1994; Risman, 1994; Martin, 2004; Warthon, 2003; 2005).

Amy Warthon (2003; 2005) apresenta gênero como um sistema de práticas sociais em que os indivíduos se constituem, formando grupos sociais baseados em identidades específicas, diferenciando-se assim de outros grupos e, dessa forma, criando as desigualdades. Essas práticas sociais não atuam no campo individual, elas moldam as relações sociais e a interação, operando em entidades maiores como as organizações e as instituições sociais.

³ Essa nova perspectiva integra as anteriores, levando em conta os distintos pontos de vista de cada abordagem sobre a mesma questão.

Portanto, Wharton (2005) diz que a análise de gênero pode se apresentar de três formas: *individual*; com base nas *interações*; e nas *organizações e instituições*.

Gênero como *atributo pessoal* – individual – é quando a categoria está implicada nas características que formam os indivíduos, está refletido no que as pessoas são, no seu comportamento que as acompanha no curso de sua vida. Já a visão *interativa* de gênero é analisada através do contexto social em que os indivíduos interagem. A ideia de caracterização social é essencial nessa visão, pois por meio dela que são produzidas as diferenciações que ocasionam as desigualdades de gênero. Nessa corrente, Wharton (2005) apresenta três vertentes: a) “fazendo gênero”, baseada na divisão social em categorias mutuamente exclusivas através da ação e da interação; b) “características de *status*” – a vida social se dá pelas expectativas que criamos nas ações, conforme o sexo, e a tais ações é atribuída estima de valor; c) “homofilia”, onde a semelhança atrai mais que a diferença; há uma preferência pelo igual nas relações interpessoais⁴. Essas três perspectivas da visão interativa concordam que gênero se produz e reproduz pelas relações sociais (Wharton, 2005).

A categoria de análise gênero pautada sob as organizações e instituições sociais trata gênero como presente nos processos, nas práticas e na distribuição de poder em vários setores da vida social; sendo que gênero é considerado uma instituição que está incorporada em todos os processos sociais da vida cotidiana e das organizações sociais. As diferenças de gênero são tratadas como uma forma de justificar a estratificação sexual, pois, além da categoria ser socialmente construída, ainda é universalmente utilizada para justificar a estratificação (Lorber, 1994).

São exercidas sobre nós “forças institucionais” que moldam nossa identidade, conforme as categorias de gênero. Nessa perspectiva, podemos capturar como gênero está introduzido dentro da estrutura social. Gênero é um sistema multifacetado em que as práticas sociais produzem distinções entre homens e mulheres e, dessa forma, se organizam as desigualdades. Dois tipos de processos estão envolvidos quando estudamos gênero: a criação de distinções; e a desigualdade baseada nessas distinções. A ligação entre tais processos se apresenta em todo o mundo social. A desigualdade de gênero é reproduzida por sua institucionalização e legitimação (Cornell e Hartmann, 1997).

Na institucionalização, as relações sociais assumem características de uma instituição social, baseando-se em relações mais cristalizadas. Alguns tipos de desigualdades sociais se

⁴ Para mais detalhes acerca dessas perspectivas sociológicas sobre gênero, conferir em: WHARTON, A. **The Sociology of Gender**: an introduction to theory and research. Oxford: Blackwell, 2005.

apresentam como institucionalizadas a longo prazo, ou seja, desigualdades de classe, raça e gênero estão enraizadas na estrutura e nas práticas das organizações sociais. Elas são constituídas pela estrutura social, e as rotinas cotidianas as sustentam. Manifestam-se de tal maneira que são vistas como despersonalizadas e invisíveis (Martin, 2004; Souza 2006).

Assim as desigualdades se tornam persistentes porque as pessoas as legitimam, dificultando a redução dessas desigualdades. A legitimação acontece, pois as instituições são fontes de crenças culturais, vistas como certas, como coisas já dadas. Desse modo, nas relações desiguais, o grupo dominante oferece ao grupo subordinado uma interpretação de suas relações sociais que obscurece os arranjos desiguais, fazendo com que eles sejam reproduzidos e se tornem permanentes (Bourdieu, 2007).

Nessa análise, gênero é compreender homens e mulheres como categorias distintas, possuindo diferentes poderes no que tange ao acesso ao bem-estar material e social. Esse discurso é utilizado para ordenar o mundo social, legitimando e instrumentalizando as relações sociais através de sua compreensão como instituição, além de estar em conexão com outras instituições (Cornell e Hartmann, 1997).

Martin (2004) argumenta com Lorber (1994) no uso do termo “instituição”, e ainda destaca que sexo deve ser conceituado como tal. A autora destaca treze critérios-chave que caracterizam uma instituição social: 1.as instituições são profundamente sociais; 2.são características dos grupos; 3.persistem através do tempo e das distintas práticas do tempo e das distâncias geográficas; 4.envolvem distintas práticas sociais que ocorrem periodicamente (Giddens, 1984 *apud* Martin, 2004); 5.podem ser recicladas (Connel, 1987) ou são repetidas (todo o tempo) pelos membros do grupo; 6.ao mesmo tempo limitam e facilitam a ação e o comportamento dos membros do grupo e da sociedade; 7.as instituições têm posições e relações sociais que são caracterizadas por expectativas particulares, normas, regras e procedimentos; 8.são constituídas e reconstituídas por agentes corporificados; 9.elas são internalizadas pelos membros dos grupos e igualmente os membros se identificam com suas práticas; dessa forma, o fenômeno institucional adquire significado e importância; 10.instituições são inconsistentes, contraditórias e abundantemente conflituosas; 11.apresentam-se em contínua mudança; 12.são organizadas de acordo com e permeada pelo poder; e 13.instituições e indivíduos mutuamente se constituem, ambos estão separados dentro de fenômenos macros e microsociais (Martin, 2004).

Essa percepção de gênero como instituição social nos permite compreender sua produção e reprodução, já que estamos inseridos nas instituições, assim como elas estão dentro de nós. Dessa forma, as distinções de gênero se manifestam nas práticas e na

distribuição de poder, e, como já dito, criam relações despersonalizadas e assim tornam a desigualdade invisível (Martin, 2004; Risman, 1994; Souza, 2006; Connell, 1987). Para nós, é importante compreender como a desigualdade de gênero é produzida e reproduzida para que assim sejamos capazes de visualizar alguma intervenção.

Risman (1994) ainda destaca algumas vantagens no uso da teoria estrutural para o estudo da categoria gênero. Argumenta que esse modelo teórico impõe alguma ordem nos resultados da pesquisa teórica que foi desenvolvida para explicar a desigualdade de gênero, considerando a complexidade da estrutura social “gênero”; além de o modelo deixar pra trás a concorrência entre teorias – individuais, interativas e institucionais. Outro fator de destaque sobre o modelo estrutural multidimensional é que ele nos permite investigar seriamente a direção e a força das relações causais entre os fenômenos de gênero em cada dimensão.

Talvez a característica mais importante desse esquema conceitual é o seu dinamismo, já que ele não impõe a determinação de uma dimensão sobre outra. Considera a mudança como fluida, já que reflete de forma dinâmica sobre toda estrutura social.

É necessário ressaltar que o estudo de gênero apenas é completo se abrangermos as categorias de trabalho e família, já que essas instituições afetam diária e diretamente a vida de homens e mulheres (Wharton, 2005; Santos, 2006). Tanto no mundo do trabalho como no mundo da família, em termos categóricos, o homem possui mais poder social que a mulher (Soares, 2012). Dessa maneira, gênero – assim como classe social – se torna uma construção social que justifica, define e explica as desigualdades.

Ao analisarmos gênero de acordo com o *status* socioeconômico, entraremos diretamente no mundo do trabalho e da família. Estudos demonstram que as categorias de gênero apresentam um tratamento desigual no mercado de trabalho, ou seja, trabalhadores igualmente produtivos apresentam diferenças entre os rendimentos, conforme o gênero (Santos, 2008; Castro e Lavinas, 1992). Esse fato causa um tipo de discriminação interna ao emprego ou de posição, fazendo com que mulheres recebam menores remunerações, apesar de ocuparem a mesma posição trabalhista que homens, ou que sejam alocadas, na maioria das vezes, em cargos com menores recompensas.

Estudo recente dos efeitos da composição por gênero das ocupações sobre os salários mostra que persiste no Brasil uma penalidade salarial para aqueles que estão inseridos em ocupações tipicamente femininas, sendo que esta penalidade mostra-se mais forte para as mulheres que para os homens (Santos, 2008: 7).

Essa discrepância de remuneração por gênero faz com que homens e mulheres difiram sistematicamente quanto ao poder social e bem-estar material; mas mulheres não sofrem na mesma intensidade o ônus da penalidade de gênero, isso varia por raça e *status* socioeconômico e/ou classe social (Santos, 2006; Sorj e Fontes, 2012; Scott, 1990). Sendo assim, o grau da discriminação por gênero em favor dos homens cresce conforme se caminha para o topo da hierarquia de renda, ou conforme a cor do indivíduo. Dessa maneira, é importante analisarmos gênero em conformidade com raça e *status* socioeconômico, uma vez que estes outros fatores sociais desempenham papéis importantes de mediação e um relevante papel moderador – intensificador ou atenuador – em relação à desigualdade de gênero; além de dar abertura para a tese da “dupla desvantagem”, na qual o indivíduo apresenta uma ocupação subordinada em mais de uma hierarquia, somando a desvantagem de ambas as dimensões (Santos, 2008; Sorj e Fontes, 2012).

Nesse viés, ainda sobre uma vertente estruturalista, vale ressaltar a importância da divisão sexual do trabalho, de modo a permitir ir além da simples constatação das desigualdades de gênero. Quando tratamos de divisão sexual do trabalho, dois pontos fundamentais estão em questão: i) salientar que essas desigualdades são sistemáticas; ii) vincular essa desigualdade a uma reflexão dos processos nos quais a sociedade utiliza tal diferenciação como forma de hierarquizar as atividades cotidianas, criando assim um sistema de gênero (Hirata e Kergoat, 2007).

Quando tratamos de divisão sexual do trabalho, referimo-nos àquelas formas de divisão do trabalho social advindas das relações sociais entre os sexos, que são moldadas histórica e socialmente. Sua principal característica é o estabelecimento prioritário dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva e, também, a designação dos homens como detentores de funções com maior prestígio social. Essa forma específica de divisão social do trabalho se organiza através de dois princípios: o da separação – entre trabalho de homens e trabalho de mulheres; e o hierárquico – onde o trabalho do homem agrega mais valor social do que o da mulher (Hirata e Zarifian, 2000; Hirata e Kergoat, 2007).

Esse cenário se torna relevante, uma vez que, independentemente do contexto social, essas relações sociais de gênero permanecem estáveis. Estáveis não nas situações – pois há uma mudança social permanente –, mas sim na distância entre os grupos de sexo. Como um exemplo, destacamos que, apesar do aumento do número de mulheres no mercado de trabalho e até mesmo em profissões de nível superior, também cresce o número de mulheres em situações precárias de trabalho. Além disso, o trabalho do mundo privado – trabalho

doméstico e do cuidado, ou seja, a “produção do viver” (Hirata e Zarifian, 2000) – sempre esteve delegado às mulheres.

A visão de divisão sexual do trabalho nas esferas pública e privada da vida; e ainda dentro do mercado de trabalho, a divisão entre os tipos de empregos, proporcionando a reprodução dos papéis sexuais, se pautam numa perspectiva funcionalista de complementaridade de papéis. Essa abordagem se apresenta de formas diversas. A literatura destaca três modelos: tradicional, de conciliação e de delegação (Hirata e Kergoat, 2007).

O modelo tradicional aponta as mulheres como responsáveis pelo papel da família e pelo papel doméstico, e os homens assumindo o papel de provedor; enquanto o modelo de conciliação atribui quase que exclusivamente às mulheres conciliar entre a família e a vida profissional. Por fim, o modelo da delegação destaca que, devido à polarização do emprego das mulheres e do crescimento delas em profissões de nível superior, apresentam a necessidade de delegarem a outras mulheres as tarefas domésticas e familiares (Hirata e Kergoat, 2007).

A discussão desses modelos se torna considerável, uma vez que observamos as razões da permanência da responsabilidade do trabalho doméstico às mulheres, ainda presente, mesmo em um novo contexto de reconfiguração das relações sociais de sexo, o que continua a ser um dos grandes problemas de análise das relações sociais de gênero.

Dessa forma, não basta mostrar apenas a estrutura que sustenta a desigualdade de gênero; torna-se necessário entendermos o processo de construção das relações sociais nessa estrutura, e, mais precisamente, como se reflete no campo da saúde, como faremos adiante.

1.3 TEORIA DAS CAUSAS FUNDAMENTAIS

Buscando compreender como o processo de construção das relações sociais presente na categoria gênero pode influenciar na condição de saúde de homens e mulheres, procuramos uma análise das desigualdades em saúde baseada na abordagem dos fatores sociais como as causas fundamentais da saúde e da doença, ou seja, uma concepção de saúde como uma construção social.

A abordagem que analisa os fatores sociais sob a perspectiva das *causas fundamentais* da saúde/doença começou a ser pensada após a publicação, em 1980, do *Black Report*. Este

foi um documento publicado pelo Departamento de Saúde e Segurança Social, hoje Departamento de Saúde, do Reino Unido, como um relatório da comissão de especialista em desigualdade em saúde, a qual era presidido por Douglas Black (Black, 1980).

O documento demonstrou que, apesar de a saúde geral da população ter melhorado desde a introdução do Estado de bem-estar social, as desigualdades em saúde se difundiram; sendo que o fator principal que contribuía para essas desigualdades era a desigualdade econômica. Assim, o relatório mostrou que a taxa de mortalidade para os homens das classes localizadas na base da pirâmide social era duas vezes maior que para os homens das classes sociais pertencentes ao topo da pirâmide, e que a discrepância entre esses dois grupos foi aumentando, e não reduzindo, como se esperava (Black, 1980).

A partir de tais achados, o relatório teve um grande impacto sobre o pensamento político do Reino Unido e também no exterior, o que conduziu a uma avaliação, pelo Instituto de Cooperação Econômica e Desenvolvimento da Organização Mundial da Saúde, das desigualdades em saúde em mais de dez países; além da publicação de outros documentos que confirmaram os achados do *Black Report*, como: o *Whitehead Report*, em 1987; o *Acheson Report*, em 1998; e o *Marmot Review*, em 2010 (Springer and Mouzon, 2011).

A *teoria das causas fundamentais* surge então com o intuito de explicar a origem dessas desigualdades em saúde adotando um modelo que olhe para as políticas sociais (desenvolvimento, bem-estar, saúde, educação, entre outras); o contexto social (trabalho, redes sociais, serviços, transporte, escolas e clima); o ambiente familiar (coesão, suporte, estabilidade, finanças e habitação); e o desenvolvimento individual (atitudes, biologia, motivação e comportamento) (Link e Phelan, 1995).

Essa abordagem vem em consenso com a chamada teoria ecossocial, ou seja, a crença na incorporação, pelos organismos humanos, dos aspectos sociais e psíquicos predominantes no contexto em que os indivíduos vivem e trabalham, sendo assim impossível a separação entre os fatores biológico, social e psíquico no estudo sobre saúde/doença (Kawachi e Kenedy, 2006).

Nessa perspectiva, são apontados quatro modelos de trajetórias etiológicas que explicam a desigualdade em saúde, isto é, que buscam analisar o curso das *causas fundamentais* da saúde/doença: (1) modelo da seleção social; (2) modelo cultural e comportamental; (3) modelo psicossocial; e (4) modelo materialista.

O modelo de seleção social é a ideia de que a saúde do indivíduo pode influenciar a sua mobilidade social e, portanto, a sua posição na hierarquia social. Esse processo tem sido um elemento importante na produção das diferenças de classe social em saúde. Destaca-se a

seleção direta, que seria o processo em que a posição social determina uma melhor ou pior saúde, mas ela é julgada como tendo pouco efeito sobre os gradientes de classe; e a seleção indireta, onde algumas características pessoais causam um comportamento específico, que leva a certas posições sociais, que pode causar uma melhor ou pior saúde, acumulando assim vantagem ou desvantagens durante a vida (Blane *et. al.*,1993).

A relação causal entre saúde e posição social aqui apresenta um sentido de causalidade invertido, onde o estado de saúde do indivíduo é que causa sua posição social; mas nenhum estudo pôde mostrar que doença é a causa direta de mobilidade social descendente. Contudo, Wilkinson (1986), West (1988, 1991) e West *et. al.* (1990), ao analisarem a seleção indireta, chegaram a resultados que afirmam que mobilidade social deve-se não à saúde, mas a fatores como educação, privação na infância, entre outros fatores como preditores tanto da posição socioeconômica, quanto da saúde do adulto.

Embora a seleção social direta e a indireta compartilhem uma ênfase na mobilidade social, elas são, no entanto, distintas. A seleção direta aceita uma relação causal entre saúde e posição social e atribui a direção dessa causalidade da saúde à classe social. A seleção indireta, em contrapartida, não sugere uma relação causal entre saúde e classe social, ela admite uma terceira variável como responsável pela covariação. Fatores que causam a relação indireta, portanto, devem ser capazes de causar variação na saúde e na posição social (Wilkinson, 1986; West, 1988, 1991 e West *et. al.*, 1990).

Estudos pautados nessa perspectiva (Wilkinson, 1986; West, 1988, 1991; West *et. al.*, 1990), assim como suas críticas (Blane *et. al.*,1993), chegam a conclusões de que não há como explicar a posição social na infância através da saúde do indivíduo, já que esta é determinada de acordo com a posição dos pais. No entanto, existem casos em que os pais apresentam uma baixa mobilidade social devido à má saúde dos filhos. Além disso, a saúde pode ser fortemente influenciadora no que tange à entrada no mercado de trabalho, mas este fato ocorre principalmente na faixa etária entre 16 e 25 anos. Contudo, esta faixa etária da juventude pode influenciar a vida adulta, uma vez que comportamentos que prejudicam a saúde na adolescência podem prejudicar o estado de saúde na vida adulta, dificultando a mobilidade.

Pesquisas demonstraram que os principais determinantes dessa mobilidade social estão relegados a outras variáveis, como condições de habitação, qualidade de ensino, entre outros, ou seja, recursos materiais e culturais de origem continuam a ser os principais determinantes da mobilidade social (Rose, 1977; Halsey *et. al.*, 1980; Marshall *et. al.*, 1988). Dessa forma, vale ressaltar que a seleção social é admitida pela literatura apenas na sua forma indireta,

como vimos; sendo que vários fatores da vida social e também fatores biológicos são somados para influenciar a saúde individual e dos grupos e, com isso, podem apresentar alguma interferência em sua ocupação.

O modo de vida diferenciado por grupos e a justificativa desse comportamento desigual e suas consequências são abordados pelo segundo modelo aqui tratado, o modelo cultural e comportamental. Aqui, o principal determinante da saúde são os fatores socioculturais, que influenciam na formação da personalidade dos indivíduos e dos grupos. Nessa abordagem, existe uma determinação cultural que se traduz no comportamento dos indivíduos e grupos e reflete sobre a saúde (Fabrega, 1972).

Estudos acerca do modelo cultural e comportamental argumentam que muitas vezes é difícil obter pesquisas nacionais que refletem características culturalmente específicas ou que possam ser aplicadas a uma ampla gama de países para avaliar o impacto cultural e comportamental na saúde (Fabrega Jr., 1972; Bartley, 2004).

Alguns resultados apresentam comportamentos comuns entre jovens, como o consumo de bebida alcoólica e o hábito de fumar, mas isso também varia. Por exemplo, se for um grupo de jovens envolvido com alguma religião, esse hábito pode ser modificado, ou até mesmo contrário. No que tange às características de gênero, Bartley (2004) apresentou que meninas normalmente se preocupam mais com uma alimentação saudável do que os meninos; e, de modo geral, que os jovens se preocupam mais com a aparência física do que com a saúde propriamente dita. Entretanto, são achados ainda preliminares e inconsistentes. Dessa forma, não se pode atribuir causalidade à saúde baseada apenas nessas características.

O terceiro modelo de análise sobre a causalidade em saúde é o modelo psicossocial. Essa abordagem atribui às desvantagens sociais a fonte de estresse e, com isso, o desencadeamento de doenças, o que causa ainda uma privação relativa de recursos, que é desigualmente distribuído para os distintos grupos e classes sociais (Marmot *et al.*, 1998).

Diversos estudos demonstram que os componentes socioeconômicos são determinantes no estado de saúde. A taxa de mortalidade é maior na base da pirâmide social em relação ao topo, e essa mortalidade também segue um gradiente de acordo com a pirâmide social. As pessoas, em cada ponto decrescente da hierarquia social, têm pior saúde do que aquelas acima delas e melhor saúde do que as de posição inferior (Marmot *et. al.*, 1984; Marmot *et. al.*, 1998; North *et. al.*, 1993).

Nessa corrente teórica, o principal fator psicossocial utilizado para se relacionar à saúde é o nível educacional. A literatura demonstra que a diminuição do bem-estar psicológico entre os menos escolarizados contribui ainda mais para suas vulnerabilidades

sociais. Outro ponto apresentado é o gradiente existente na morbidade. As pessoas pertencentes ao grupo socioeconômico mais baixo – ao se tratar da escolaridade, são aquelas que não completaram o ensino médio – têm pior saúde do que os outros grupos; sendo que cada grupo educacional apresenta pior saúde do que aqueles que estão acima deles na hierarquia educacional (Marmot *et. al.*, 1998).

Uma exceção pode ser encontrada nos estudos de North *et. al.* (1993), que indicou que uma classificação com base nas ocupações foi um melhor preditor de problemas de saúde do que a educação. Talvez por causa da hierarquia profissional no serviço público ser definida precisamente, por isso, grau de emprego foi uma medida mais precisamente graduada que os anos de escolaridade. Wilkinson (1996) também aponta para o fato de que, dentro das gradações de renda, existe uma relação com a expectativa de vida.

A interpretação psicossocial atribui a variação das *relações sociais* de acordo com a desigualdade de renda – medida pela educação, *status* socioeconômico ou classe social; enquanto a explicação neomaterialista, como veremos adiante, atribui a variação das *políticas sociais* de acordo com a desigualdade de renda, isto é, a primeira afirma que o ambiente social influencia o desenvolvimento individual e causa uma reação positiva face às adversidades através da qualidade das relações ao longo do tempo. Já a segunda designa que as políticas sociais e econômicas influenciam a adequação de recursos individuais para a saúde e qualidade de vida⁵ (Marmot *et. al.*, 1998; Blane *et. al.*, 1997).

O quarto e último modelo de análise apontado pelo *Black Report* como uma forma de interpretar as desigualdades em saúde é o modelo materialista. Aqui, acredita-se que a estrutura social pode afetar a distribuição da saúde em caso de exposição a riscos ambientais e ainda pelo condicionamento de comportamentos que promovam danos à saúde (Blane *et. al.*, 1997). Além disso, pressupõe-se que a renda e a riqueza de um país determinem sua desigualdade em saúde; mas existem países em que as necessidades básicas são atendidas e, mesmo assim, são desiguais (Blane *et. al.*, 1997; Sen, 2000).

A contribuição dos fatores materiais é avaliada através da análise dos diferenciais socioeconômicos na mortalidade como uma forma de privação relativa e mediante a apresentação da sensibilidade desses diferenciais a vários indicadores de posição social. Essa discrepância vai de encontro ao argumento de que a doença/saúde pode ser parcialmente explicada por estruturas sociais que refletem os processos de diferenciação social, mas

⁵ Essa ideia é baseada no conceito de capacidades, de Amartya Sen (2000), onde Sen (2000) explica que os “funcionamentos refletem as várias coisas que uma pessoa pode considerar valioso ter ou fazer”. E as “capacidades de uma pessoa consistem nas combinações alternativas de funcionamentos cuja realização é factível para ela”.

também pela complexidade dos mecanismos pelos quais os gradientes socioeconômicos produzem a doença/saúde. Tais fatores se acumulam e se combinam ao longo da vida (Bartley, 2004).

Alguns fatores que podem influenciar na saúde são: riscos industriais; inadequação dietética; acidentes em casa, no trabalho ou em meios de transporte; poluição do ar; habitação inadequada, inclusive de acordo com as condições climáticas; entre outros. Todos esses itens interferem e são parte de um custo de vida saudável, onde algumas camadas da população estão expostas à privação material em detrimento do favorecimento de outras camadas (Blane *et. al.*, 1997).

Nesse viés, destacamos um claro exemplo da noção de capacidades abordada por Amartya Sen, principalmente em seu livro *Desenvolvimento como Liberdade* (2000), onde argumenta que a privação relativa no espaço de rendimentos pode produzir uma privação relativa ou absoluta no espaço de recursos. Em um país rico, geralmente é necessário mais renda para comprar mercadorias essenciais ao bem-estar social – isso pode explicar o porquê que, mesmo atendendo às necessidades básicas, em alguns países, estes ainda são desiguais.

O modelo comportamental negligencia qualquer influência social que não seja justificada pela cultura; assim suas políticas públicas são focadas em um âmbito de mudança no estilo de vida e não na estrutura social, como é o foco do modelo materialista (Blane *et. al.*, 1997). Nesse último também interessa saber se a existência de desigualdades em saúde pode contribuir para a compreensão da causa da doença, o que leva à distinção entre dois tipos de fatores materialistas: os que são e os que não são agentes etiológicos. Essa preocupação com a etiologia da doença leva, posteriormente, a uma ênfase materialista nos fatores biológicos, que são vistos como causas da doença, pois fatores materialistas que estão ligados à estrutura social podem ser biologicamente plausíveis, como as causas de doenças relacionadas ao tipo de ocupação e trabalho que se desempenha, levando a perigos físicos e psicossociais (Bartley, 2004).

Os resultados de estudos sob essa abordagem demonstram que houve uma queda na mortalidade em áreas habitacionais mais ricas, mas uma estagnação ou até uma atenuação em áreas mais pobres. Mesmo controlado por fatores comportamentais, condicionados a circunstâncias materiais, o gradiente de mortalidade permanece. Esses fatores são importantes, já que as condições habitacionais estão fortemente relacionadas à renda. Pessoas com baixa renda normalmente residem perto de indústrias, estradas ou em áreas com pouca infraestrutura (Krieger *et. al.*, 1997).

Além disso, há discussões acerca das condições de trabalho, como destacado por Lahelma (2001). Muitas causas de doenças e até mortes se dão por fatores ocasionados pela ocupação no trabalho. Ademais, grupos expostos a fatores de risco físico e psicológico durante o trabalho são mais prováveis de residir em locais inadequados – muito úmidos e/ou quentes, próximo à indústria, entre outros fatores – pelo fato de ter uma renda reduzida devido à baixa produtividade, que, por sua vez, é levada pelas más condições de trabalho, o que acaba por afetar também em sua escolha alimentar. Em contraste, um indivíduo, cujo ambiente de trabalho está livre de riscos, é provável que resida em áreas e habitações de boa qualidade, e que tenha uma renda maior, permitindo-se uma dieta variada.

Nesse viés, vemos que outro fator importante são as questões alimentares relacionadas à renda, uma vez que esta pode definir escolhas alimentares, seja por preferência – comportamento de um certo agrupamento social – ou por poder de compra – poder material. Essa questão se torna importante, uma vez que pesquisas já mostraram que várias doenças se manifestam principalmente por fatores alimentares (Blane *et. al.*, 1997; Bartley, 2004).

Como podemos perceber, a exposição a um fator materialista é, portanto, susceptível de ser combinada com a exposição a outros fatores materialistas. E essas exposições são prováveis de se acumular ao longo do curso da vida, com processos de combinação e acumulação interativa ou aditiva, sendo a desigualdade em saúde o resultado de processos que operam ao longo do tempo na vida do indivíduo.

Os modelos de análise das *causas fundamentais* da desigualdade em saúde apresentam-se sob várias perspectivas, contendo diversos fatores que parecem dar, cada um, uma pequena contribuição para explicação do gradiente social em saúde, mas eles se somam a uma explicação mais substancial. A perspectiva atual é a de melhorar as explicações sociais e estreitar os fatores que causam as desigualdades em saúde. Por isso, torna-se importante perguntar: quais fatores sociais que influenciam a saúde são passíveis de intervenção e podem ser modificados? Nenhum estudo responderá tal pergunta, mas o que se pretende é contribuir para o corpo de evidências, sugerindo que o ambiente social é um importante determinante da saúde dos indivíduos e deve ser o foco apropriado de análise.

Nesse viés, ao considerarmos a desigualdade em saúde a partir de fatores sociais, baseamo-nos na chamada *teoria das causas fundamentais* elaborada por Jo Phelan e Bruce G. Link (1995).

Neste estudo, os autores buscaram compreender o porquê da persistência, ao longo dos anos, na associação entre nível socioeconômico e mortalidade, apesar das radicais mudanças no tratamento das doenças e dos fatores de risco que as explicam.

Essa duradoura relação, segundo a Teoria, pode ser explicada pelo fato de que o nível socioeconômico engloba uma variedade de recursos relacionados ao dinheiro, ao conhecimento, ao prestígio, ao poder e também às conexões sociais que podem causar benefícios, como a proteção da saúde (Phelan *et. al.*, 2010). Sendo assim, a desigualdade em saúde pode ser explicada a partir da distinção socioeconômica persistente entre os grupos e indivíduos, fazendo com que se criem novas doenças e fatores de risco associados aos grupos socioeconômicos desfavorecidos (Bratter & Gorman, 2011). Apenas a partir dessa explicação que se pode alcançar a compreensão das desigualdades em saúde. Já que

as condições sociais constituem "causas fundamentais" da saúde e da doença, segundo esta teoria sociológica, ao determinarem o acesso a importantes recursos que podem ser usados para evitar riscos ou minimizar as consequências das doenças. Elas afetam múltiplos resultados por meio de diversos mecanismos ou trajetórias de risco e persistem temporalmente em novas circunstâncias. O exame dos determinantes mais amplos que estas causas incorporam é essencial para o entendimento da associação entre causas fundamentais e doença (Santos, 2011a: 33-4).

Nesse momento, podemos demarcar uma mudança de paradigma nos estudos sobre saúde, uma vez que, a partir desse viés sociológico, as causas fundamentais da saúde e da doença são consideradas a partir de causas socioeconômicas, e não mais ligadas apenas a fatores biológicos e físicos; ou seja, essa associação persistente entre nível socioeconômico e saúde geral – face às grandes mudanças no seu mecanismo de ligação – que fez com que os autores considerassem o nível socioeconômico uma causa fundamental da desigualdade em saúde, e não mais uma causa secundária (Link e Phelan, 1995; Santos, 2011a; Cockerham, 2007).

A teoria apresenta quatro características principais das causas fundamentais das desigualdades em saúde: 1) as causas sociais influenciam os resultados de múltiplas doenças; 2) elas afetam o resultado das doenças por múltiplos fatores de risco; 3) o acesso a recursos pode minimizar ou evitar os riscos e as consequências das doenças; e 4) a associação entre causa fundamental e saúde é reproduzida ao longo do tempo pela substituição de seus mecanismos (Link e Phelan, 1995).

A importância dos recursos sociais se deve ao fato de que eles podem ser usados, não importa a circunstância, para amenizar os fatores de risco à saúde; mas estes não se apresentam distribuídos equitativamente entre os grupos sociais, sendo que alguns grupos e indivíduos apresentam vantagens de acesso em oposição a outros. Além disso, a capacidade de utilização desses recursos, de forma flexível, que faz com que eles ganhem destaque

central na teoria das causas fundamentais. Sendo assim, podemos perceber o grande elo de ligação existente entre as teorias sociológicas acerca da desigualdade social e o estudo sobre saúde.

Na verdade, a teoria das causas fundamentais está profundamente ligada ao estudo sociológico da estratificação social, desta maneira, os recursos em destaque na teoria das causas fundamentais devem vir de algum lugar, e as teorias sobre as origens das desigualdades são as melhores fontes para a compreensão desse processo (Phelan *et. al.*, 2010:29-30)⁶. (Tradução nossa).

As questões socioeconômicas são consideradas como as principais causas da saúde e da doença, uma vez que elas podem ser associadas a melhores condições de moradia e trabalho, fato que se encontra diretamente ligado às condições de saúde/doença. Portanto, a utilização de recursos sociais é de fundamental importância para manutenção da saúde e prolongamento da vida; mas tais recursos podem não apresentar um uso que interfira nas questões da saúde, não criando assim vantagens e dessa forma reduzindo a significância da associação entre situação socioeconômica e saúde, sendo necessária sua análise.

Ao tratarmos do uso de recursos sociais como geradores e produtores da saúde e da doença, podemos abrir diálogo com a teoria sobre a desigualdade social de Charles Tilly (2006), principalmente quando o autor trata da importância do conhecimento científico para as distinções sociais; ou seja, nos casos em que as causas e curas de doenças fatais não são conhecidas, os recursos não podem ser utilizados para seu tratamento. De tal modo que os recursos socioeconômicos apresentam uma maior eficácia quando os tratamentos e a prevenção de doenças já são previamente conhecidos (Tilly, 2006; Phelan *et. al.*, 2010). Mas, a longo prazo, esses recursos também podem apresentar uma importância significativa. Por exemplo, quando a cura de uma doença ainda não é conhecida, mas uma pessoa com acesso a recursos apresenta tal doença ou um interesse em conhecê-la, esta pode, através de seus recursos, incentivar pesquisas que levem à cura, mas considerando que esse fato apenas é válido a longo prazo. Aqui fica clara a ligação entre o acesso a recursos e ao conhecimento científico e, conseqüentemente, a sua utilização com fins relacionados à saúde e ao bem-estar.

Nesse sentido, podemos concluir que, em doenças com maior inovação e tecnologia aplicadas em seus estudos, as desigualdades em saúde em favor dos grupos localizados nos níveis socioeconômicos mais elevados apresentam um gradiente maior em oposição aos

⁶ No original: “In fact, fundamental cause theory is deeply connected to the sociological study of stratification in this way—the resources highlighted in fundamental cause theory must come from somewhere, and theories of the origins of inequalities are the best source for understanding these processes” (Phelan *et. al.*, 2010:29-30).

pertencentes às camadas inferiores. Essa afirmação se dá, uma vez que a natureza do conhecimento varia conforme as condições sociais (Tilly, 2006; Phelan *et. al.*, 2010).

Nesse mesmo viés, estudos buscaram explorar explicações essenciais nas diferenças de experiências em saúde e em riscos de morbidade entre homens e mulheres, concentrando-se sobre os efeitos dos fatores biológicos e, sobretudo, através de diferenças psicológicas e sociais que permeiam o contexto de gênero (Payne, 2006; Rieker *et al.*, 2010; Doyal, 1995), como veremos no próximo tópico.

1.4 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DE GÊNERO EM SAÚDE

Estudos vêm demonstrando a relação existente entre a construção social de comportamentos diferenciais por gênero e seus impactos sobre a saúde de homens e mulheres (Aquino *et. al.*, 1992; Williams, 2007; Viacava, 2001; Villela e Monteiro, 2005; Payne, 2006; Cockerham, 2007; Annandale, 2010; Erving, 2011; Ferreira, 2013). Evidenciou-se assim que os homens são mais propensos a se envolverem em estilos de vida pouco saudáveis, mas também têm mais acesso a recursos que podem promover a saúde; enquanto as mulheres se mostram menos propensas a assumir comportamentos de risco e maior probabilidade de procurar serviços médicos. Contudo, a saúde delas é mais prejudicada por apresentar recursos mais pobres e dificuldade de acesso aos serviços de cuidado à saúde, o que inviabiliza o atendimento de suas necessidades (Payne, 2006).

Esses comportamentos díspares por gênero podem ser explicados pela presente desigualdade de acesso a recursos e poder que permeiam a esfera pública e privada da vida de homens e mulheres, refletindo em diferenciais educacionais no que se referem às ocupações dentro do mercado de trabalho, além de diferentes posições no que tange à vida produtiva e reprodutiva.

Lesley Doyal (1995) destaca que os protótipos de saúde e de doença de mulheres podem ser explicados de acordo com as atividades habitualmente desempenhadas por elas; sendo que a vida das mulheres é consideravelmente diferente da vida dos homens no que tange aos papéis sociais e tarefas desempenhadas – como o trabalho doméstico, a educação dos filhos, a reprodução, entre outros fatores. De acordo com a autora, “os efeitos acumulados

desses vários tipos de trabalhos constituem as principais influências no estado de saúde das mulheres” (Doyal, 1995:22).

Paralelamente a essa problematização, do ponto de vista crítico de gênero sobre saúde/doença, existem questões que somente uma genealogia do campo do saber científico poderá revelar. Nesse resgate, constata-se que a doença é também uma construção social, e principalmente a doença feminina. O tipo ideal de um ser humano normal, sem patologias, sempre foi idealizado como o homem branco de classe alta; sendo assim, quanto mais se afasta desse paradigma, mais doente se parece (Ehrenreich e English, 2003).

Tal construção é resultado de uma luta no campo da saúde entre os séculos XIX e XX, no Ocidente, quando as curandeiras e parteiras eram majoritárias no tratamento da saúde. Nesse momento, a medicina, a biologia e as ciências *psi* – psicologia e psicanálise –, masculina, branca e de elite, constituíram-se, na modernidade, como campo de saber e poder e construíram proposições importantes acerca do comportamento humano, acusando as curandeiras não de incompetências, mas de ousadia de – na condição de mulher – querer praticar a cura. Acusadas de se apoderarem ilegalmente da profissão sob punição, pois, “se uma mulher ousa curar *sem ter estudado*, é bruxa e deve morrer” (Ehrenreich e English, 2003:51). Dessa forma,

curar era uma atividade feminina quando constituía um serviço de vizinhança, feito em comunidades estáveis onde as habilidades podiam ser transmitidas por gerações e a curandeira conhecia os pacientes e suas famílias. Depois que a tentativa de curar foi separada das relações pessoais para se tornar uma mercadoria e uma fonte de riqueza, curar passou a ser uma atividade masculina (Ehrenreich e English, 2003:53).

No mundo moderno, as mulheres eram a própria dúvida, uma anomalia quando consideradas a partir do ponto de vista do agitado mundo industrial. Neste momento, elas não poderiam ser incluídas no mundo masculino, o mundo do trabalho, da fábrica, mas também não cabiam mais em seu lugar tradicional da manipulação e fabricação dos alimentos e de todo o ambiente doméstico, já que, quando a produção entrou na fábrica, o ambiente doméstico ficou apenas com as atividades pessoais mais biológicas: comer, reproduzir, dormir e cuidar das crianças; dividindo então a vida em duas esferas: uma pública, de interesse ditado pelo mercado; e uma privada, de relações íntimas e de vida biológica individual (Arendt, 1997).

Do ponto de vista masculino do século XIX, a “questão da mulher” era um problema de controle social: a mulher tinha se tornado um tema, um problema social que deveria ser

investigado. A mulher aparece inevitavelmente como estranha, misteriosa. Ela vive (ou ao menos supunha-se que vivesse) no “outro” setor, o da vida privada, que, visto do mercado, parece um lugar antiquado, pré-industrial, uma terra de espelho, na qual inverte tudo o que é normal no “mundo real” dos homens (Ehrenreich e English, 2003).

As características biológicas fundamentais, então, entraram no campo da política e numa estratégia geral de poder e controle social, o que Michel Foucault denominou de *biopoder* (2008). Os mecanismos de poder começaram assim a ser parte também das relações familiares e sexuais, exigindo o surgimento de técnicas de vigilância que perpassem os campos da medicina, psicologia, entre outros.

Sob essa perspectiva, começa-se então uma investigação científica sobre as mulheres, sendo que os médicos iniciaram a discussão pelo papel da medicina como um paradigma da autoridade profissional. E assim, uma nova ciência, a ginecologia, surgiu no século XIX para estudar esse estranho território e concluiu que o corpo feminino não apenas era primitivo, mas também, muito patológico (Ehrenreich e English, 2003).

De fato, no século XIX, a Inglaterra e os Estados Unidos da América foram acometidos de uma síndrome que fazia as mulheres doentes, mas que não se sabiam as causas. O que posteriormente foram diagnosticadas como depressão.

Feministas lúcidas como Charlotte Perkins Gilan e Olive Shreiner viam uma ligação entre a enfermidade e a situação econômica das mulheres das classes mais altas. Observaram que as pobres não sofriam da síndrome. O problema nas classes média e alta era que o casamento tinha se tornado uma relação “econômica-sexual” na qual as mulheres desempenhavam tarefas reprodutivas e sexuais em troca de apoio financeiro. Era uma relação que Olive Shreiner chamou, sem pejo, de “mulheres parasitas” (Ehrenreich e English, 2003: 119).

O fato é que o clima sufocante do romantismo sexual da época gerou uma espécie de hipocondria nervosa. E, com isso, tornou-se um *status* para as mulheres das classes média e alta aparentarem a melancolia da doença.

Uma das estratégias para legitimação das intervenções do novo campo médico em todas as dimensões do bem-estar físico e psicológico humano era a afirmação de que as mulheres não eram aptas a curar, pois são, por definição, frágeis e doentes. Como exemplos dessa construção, podemos destacar: a feminilidade vista como doença, como descrito acima, e a maternidade como patologia, através da indisposição feminina nos períodos menstruais, o parto visto como patológico e, finalmente, a menopausa, descrita pela literatura da época como uma doença terminal (Ehrenreich e English, 2003).

Entretanto, como dito acima, as mulheres pobres não eram consideradas como doentes e nem vistas a partir de suas doenças, apesar de elas realmente sofrerem mais que as mulheres de classes média e alta com algumas enfermidades. Assim, com o advento da industrialização, a sociedade tornou a mulher de classe média e alta doente, já que sua fragilidade combinava perfeitamente com seu enorme recato, refinamento e sensibilidade. Já as mulheres pobres eram robustas, tanto quanto supostamente grosseiras e sem recato (Ehrenreich e English, 2003).

Com a abertura para o Estado de bem-estar – no qual citamos a elaboração do *Black Report* –, a doença deixa de ser compreendida naquela categoria que ainda era muito sólida, muito consistente, dentro do pensamento médico e da prática médica, que é a noção de “doença reinante”, principalmente em relação às mulheres, e passa a fazer parte das novas funções do Estado, com a regulação da saúde da população e dos índices demográficos (Ehrenreich e English, 2003; Foucault, 2008).

A partir desse resgate, pautado em uma genealogia do campo do saber científico acerca das relações de gênero e saúde, destacamos que ainda hoje sexo/gênero interage com outros tipos de desigualdades, incluindo, em particular, *status* socioeconômico, classe social e raça, afetando a saúde de homens e mulheres (Payne, 2006; Doyal, 1995).

Como apresentado, podemos perceber que os diferenciais do estado de saúde começam a ser pensados entre grupos que são definidos por características sociais, como: posição ocupacional, raça, gênero, nível educacional e região demográfica habitacional.

A vasta literatura já deixa claro que a tarefa atual não é mais simplesmente documentar as desigualdades de gênero em saúde, mas compreender as razões por que estas se dão (Black *et. al.*, 1988; Whitehead e Dahlgren, 1991; Dahlgren e Whitehead, 1995; Marmot e Mustard, 1994; Marmot *et. al.*, 1995; Mackenbach, 1995). As principais causas e as tendências da desigualdade de gênero em saúde ainda foram pouco exploradas para o caso brasileiro.

1.5 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Grandes mudanças ocorreram na esfera social do país com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 19 de setembro de 1990. Nesta data, foi promulgada a Lei Orgânica da

Saúde, que fundiu o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), formando o atual SUS, cujos princípios eram estabelecidos na lei baseada no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, colocando a saúde como sendo um direito de todos e dever do Estado provê-la, assim como manter a população sadia (Noronha *et al.*, 2009). Essa lei colocou princípios básicos para o novo órgão que surgia: a universalidade, a integralidade e a equidade, muitas vezes chamados de princípios “ideológicos” ou “doutrinários”, e os princípios da descentralização, da regionalização e da hierarquização como princípios organizacionais (Cohn, 2005).

Tais princípios se orientaram a partir da discussão que já ocorria durante a década de 1980, pautando um dos propósitos do SUS na redução da desigualdade de acesso aos serviços de saúde entre as classes sociais, bem como na redução das profundas diferenças regionais (Georges e Santos, 2012).

O atendimento à saúde, a partir desse momento, deve incluir tanto meios curativos como preventivos, de aspecto individual ou coletivo, atendendo às necessidades de cada um, para que assim todos tenham as mesmas oportunidades de usar o Sistema Único, dadas as diferenças regionais do Brasil. Também estabeleceu-se que os usuários do SUS poderiam participar de sua gestão, devido a um mecanismo disposto em lei: um instrumento de controle social que promove as Conferências de Saúde, tendo suas reuniões regionais, os Conselhos de Saúde. Nele, os usuários têm metade das vagas, o governo quatro e os profissionais da área outras quatro; desse modo, são tomadas todas as decisões que dizem respeito à saúde no Brasil, em conformidade com a lei (Noronha *et al.*, 2009).

A participação política no SUS, proposta pela constituição, tinha como papel tornar o processo de formulação e gestão de políticas públicas mais permeável às reais demandas da população, além de mais transparente e aberto ao controle social. Com essa participação, visava-se a reduzir os custos envolvidos no processo de mobilização política, uma vez que depende apenas da experiência prática de cada um, e não de algum membro altamente qualificado (Coelho e Nobre, 2004).

Entretanto, com a tradição autoritária do Estado brasileiro; a presença de uma cultura política autoritária que em muitos casos dificultava reconhecer e respeitar o outro como cidadão; a fragilidade da vida associativa e a própria resistência dos atores sociais e estatais em aceitarem participar desses fóruns, houve um comprometimento à efetiva participação social no processo de formulação e gestão da política de saúde (Sposati e Lobo, 1992; Abrasco, 1993; Cohn *et. al.*, 1993; Carvalho, 1995; Andrade, 1998; Viana, 1998; Carneiro, 2002).

A participação social que era esperada, e decorrente do processo de implementação do SUS, passou a ser vista, então, como dependente de fatores socioculturais. A existência de mecanismos formais que assegurassem o direito da sociedade civil a participar na definição das políticas sociais não foi suficiente para garantir essa participação. Estudo feito a partir de conselhos municipais da região metropolitana de São Paulo demonstrou que as pessoas que mais participavam eram as que, de alguma forma, estavam associadas a: partidos políticos, associação ou sindicatos; demonstrando que é a parcela mais esclarecida e, digamos, privilegiada dessa minoria, que de fato tem voz (Coelho e Nobre, 2004).

Coelho e Nobre (2004) demonstraram que

os conselhos aparecem como um espaço onde se encontram grupos da sociedade civil, da burocracia, dos profissionais da saúde e dos prestadores de serviço que dificilmente teriam outra oportunidade para debater política de saúde e onde há um processo de inclusão de grupos menos favorecidos. Esses aspectos positivos não devem, no entanto, obscurecer o fato de que segue ausente desses espaços um número significativo de associações que atuam nas regiões estudadas e têm atividades ligadas à saúde e, também, os mais pobres e iletrados. Também não há evidências de que os conselhos estejam contribuindo para a formação de uma agenda que expresse as prioridades dos segmentos mais carentes ou desempenhando um papel de relevo no processo político que define a política de saúde (Coelho e Nobre, 2004:11).

A Lei Orgânica da Saúde tem os seguintes princípios: preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; direito à informação, para as pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática; integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (Cohn, 2005).

E foi estabelecida também a área de atuação que, segundo a Constituição, compete ao SUS: controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; participar da

formulação de políticas públicas e da execução das ações de saneamento básico; incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; participar do controle e fiscalização da produção, transporte, armazenamento e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; e colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido também o ambiente de trabalho (Noronha *et al.*, 2009).

Com a criação do SUS, supunha-se a amenização das desigualdades, com a sua tradução em uma instituição que gere a igualdade de acesso aos serviços de saúde, mas, na realidade, podemos observar que a distribuição dos recursos essenciais para suscitar o acesso igualitário não é realizada conforme as necessidades das distintas classes e regiões do país. A distribuição dos recursos à saúde é feita da mesma forma e proporção: o Estado não considera a diferença existente entre as regiões do Brasil nem as necessidades prioritárias de cada população e das distintas áreas geográficas com suas diversas e específicas características que geram riscos à saúde típicos de cada local (Fleury & Ouverney, 2009). Dessa forma, o Sistema Único de Saúde não vem cumprindo a sua função de equidade, ou seja, ele ainda não conseguiu superar a estratificação existente no ramo da saúde: apesar de demarcar um avanço no acesso aos serviços de saúde, a segmentação continua.

Nossa preocupação neste trabalho com as variações regionais surge a partir das questões de regionalização e descentralização do SUS, conjuntamente com as já conhecidas desigualdades regionais brasileiras. Especificamente, preocupamo-nos em captar as variações socioeconômicas, que podem resultar em diferenciais de saúde, de homens e mulheres nas diversas regiões brasileiras. Como destaca Bercovich (1993): “variações nos índices de fecundidade e mortalidade afetam a proporção de homens e mulheres por região. Além das variações de migração por sexo, o que varia também o componente populacional de cada região”; isto é, as maneiras como os indivíduos se distribuem espacialmente são resultado da junção de componentes específicos de cada região.

Medici (2001), Ugá *et al.* (2003) e Marques e Arretche (2004) chamam a atenção para o fato de que o que mudou foi o aumento de recursos, e não uma melhor forma de distribuição por regiões, continuando assim a distribuição de mais recursos para regiões mais prósperas, da mesma forma como era antes da implementação do SUS. Já Melamed e Costa (2003), por outro lado, afirmam que essas medidas apresentam uma maior igualdade na distribuição de recursos e também no acesso aos serviços entre regiões, estados e municípios do Brasil.

Alguns motivos da *universalização excludente* do SUS podem ser justificados por fatores como: a demora no atendimento para marcação de consultas e das próprias consultas; a localização geográfica em que se encontram os postos de saúde ou hospitais que oferecem o serviço de saúde gratuito, muitas vezes distantes das moradias de populações que se localizam na base da pirâmide social, o que gera um custo adicional na locomoção de sua residência ao local de atendimento; entre outros fatores (Mattos, 2013).

Esses e outros pontos fazem com que muitas pessoas não busquem assistência na saúde pública, além de levar as classes média e alta a procurarem planos de saúde para suprir o serviço pior prestado pelos SUS, suscitando, assim, uma categoria de grupos que expande sua vantagem em relação ao acesso a recursos ligados à saúde (Fahel e Neves, 2009). Cada vez mais, desenvolve-se a chamada “cultura de planos de saúde”, que se tornou uma demanda também dos trabalhadores e que dificilmente encontra resistência das empresas (Menicucci, 2006).

Traduzindo a trajetória da política de saúde e seus efeitos institucionais, a implantação da reforma sanitária foi um processo cheio de contradições, pois, ao mesmo tempo em que o SUS de fato se institucionalizou e se tornou uma realidade, dispondo inclusive do apoio de novos atores constituídos a partir dele, sua implantação se fez em condições precárias e de forma incompleta, alterando a concepção de seus formuladores. Na resignação entre as definições legais, que deveriam ser implantadas, e a herança institucional anterior, configurou-se a política de saúde atual (Menicucci, 2006).

Sendo assim, o sistema de saúde no Brasil é composto pelos setores público, privado e de seguros privados. O setor público, como mencionado acima, é representado pelo Sistema Único de Saúde; o setor privado é composto por atendimentos diretos nos consultórios, clínicas médicas e hospitais particulares – mediante pagamento; e o setor de seguros privados são empresas que terceirizam o serviço médico, e este é prestado com o pagamento mensal de taxas a essas empresas.

Como já posto, o objetivo do SUS é o de buscar e proporcionar a equalização dos serviços de saúde adequando o acesso igual a todos os indivíduos, grupos e classes sociais. Em contrapartida, o serviço privado de saúde, composto pelos setores privado e de seguros privados, gera na sociedade uma segmentação, uma vez que é prestado apenas mediante recompensas e pagamentos, reproduzindo a desigualdade no interior do sistema de saúde e, assim, alterando o alcance do objetivo de equidade proposto pelo SUS.

A ocorrência desse fato se dá principalmente porque os serviços privados de saúde oferecem uma melhor qualidade de atendimento e uma maior disponibilidade dos serviços –

assim como um número abrangente de profissionais atuando nesta área, na qual, aliás, são melhores remunerados, o que configura uma motivação quanto à profissão e ao local de trabalho, o qual também lhes proporciona um *status* mais elevado (Fahel e Neves, 2009). Contudo, os usuários que utilizam o sistema privado de saúde são os que piores avaliam o sistema público; sendo que a inserção na assistência privada aparece não como uma opção pelo mercado para esse público, mas como uma necessidade diante da “baixa qualidade” da assistência pública (Menicucci, 2006).

A trajetória da assistência à saúde no Brasil levou ao desenvolvimento de um mercado de serviços de saúde com vários agentes privados tanto para a demanda como para a produção de serviços. Nesse mercado, o setor público acabou se tornando mais um, embora maior, agente comprador de serviços de saúde, na medida em que não se configurou uma assistência pública de fato universal, mas um modelo híbrido (Menicucci, 2006).

A posse de planos de saúde está diretamente ligada, além da renda, ao acesso à informação que os distintos grupos têm em relação aos cuidados com a saúde e a doença, uma vez que essa propriedade aumenta o acesso aos serviços e cuidados com a saúde. Primeiramente, esses indivíduos devem ter a consciência da importância do *cuidar da saúde*. Nesse aspecto, a escolaridade também é um fator essencial ao se tratar de desigualdade em saúde, pois, através dela, estabelece-se o senso crítico e obtém-se um maior acesso a informações, fato sumamente importante, haja vista que o uso dos serviços de saúde depende das necessidades, da predisposição e do comportamento dos indivíduos perante a sua doença. Fatores que incluem seu conhecimento (Fahel e Neves, 2009).

Como podemos observar, o acesso à saúde está intrinsecamente ligado à posição de classe das pessoas; portanto, podemos dizer que o gasto com planos é proporcional à renda, gerando um movimento cíclico entre renda ou classe, saúde e acesso, uma vez que quem tem planos de saúde aumenta a sua possibilidade de escolha aos bens e serviços, já que pode fazer uso, além dos serviços prestados pelo seu seguro saúde, também do Sistema Único (Pinto e Soranz, 2004).

Murilo Fahel e Jorge Alexandre Barbosa Neves, em seu artigo *Desigualdades Em Saúde No Brasil: Análise Comparada Do Acesso Aos Serviços De Saúde Por Estratos Ocupacionais* (2009), afirmam que a maior parte das pessoas que possuem planos de saúde no Brasil faz parte do trabalho formal. Dessa forma, a utilização dos serviços de saúde se torna desigual para as distintas classes, assim como para os distintos gêneros, uma vez que os melhores serviços prestados só o são através de pagamentos, e as classes que mais necessitam de cuidados, que apresentam uma maior exposição a riscos que podem afetar a saúde, tanto no

local de trabalho quanto nas condições de moradia, valem-se do pior acesso aos seguros de saúde; e assim consumindo menos tais serviços e aprofundando ainda mais o quadro de desigualdade.

Além das desigualdades da classe e do gênero que possuem e os que não possuem tais planos, encontramos também a distinção entre a cobertura destes, fator que amplia a diferença de acesso. Existem vários mercados de planos de saúde no Brasil que oferecem os mais distintos serviços dentro da área, e essas empresas se ajustam às classes, adequando o seu preço a cada uma delas; porém, como já colocado, as classes que necessitam de melhores e maiores atendimentos, justamente por não poderem gastar grande quantia de sua renda com esses seguros e por estarem mais expostas a riscos de saúde, são as que mais sofrem com o fato de a cobertura de tais planos variarem proporcionalmente ao seu preço; assim, tais classes continuam tendo um pior acesso aos serviços de saúde, mesmo quando possuem planos de saúde (Viacava, 2001; Pinheiro *et al.*, 2002).

Com tais dados, percebemos que o processo de implementação do SUS tem sido repleto de ambiguidades, avanços e dificuldades, uma vez que a fragilidade das bases de apoio ao SUS levou à formação de um sistema de saúde híbrido – no qual estão presentes os setores público e privado.

Algumas análises identificam o fracasso do SUS como uma expressão institucional da política de saúde, na medida em que sua implementação se deu paralelamente à expansão e à consolidação do sistema privado de assistência à saúde. Esse processo foi algumas vezes visto como um efeito inesperado do processo de expansão de cobertura da assistência pública, configurando a já mencionada *universalização excludente* (Faveret Filho e Oliveira, 1990; Mendes, 1993, 1996, 2001; e Draibe, 1999); isso devido à heterogeneidade dos movimentos sociais da reforma sanitária, que deram origem ao SUS, com interesses divergentes (Menicucci, 2009).

A proposta de um sistema de saúde igualitário chocou-se com o legado histórico de uma sociedade marcada pela diferenciação e pela segmentação até do próprio campo da atenção à saúde, além da falta de identificação dos segmentos organizados da população com uma assistência pública e igualitária, o que contribuiu para o enfraquecimento da proposta de caráter público e universalista e para o fortalecimento da segmentação, reforçando a perspectiva de que ao SUS cabe a cobertura da população mais pobre e em condições desfavoráveis de inserção no mercado de trabalho (Cohn, 2005).

O SUS foi implementado em um período de recessão econômica, dificultando assim o seu funcionamento. Além disso, também havia divergências de interesses dentro dos órgãos

de implementação. Dessa forma, o SUS foi mais um projeto de governo do que de fato uma política social. Estávamos em um governo conservador, apesar da redemocratização, o que levou ao sistema de saúde dual (Menicucci, 2006).

Nesse cenário dual, no qual não apenas existem os serviços públicos e privados de saúde no Brasil, mas no qual ambos disputam espaços dentro de um campo, a rede hospitalar acabou por tornar-se o “Calcanhar de Aquiles” do SUS, pois a maioria dos leitos dos hospitais públicos pertence à rede privada. E a maioria dos serviços do SUS é prestada por serviços privados, o que acaba por levar a grandes implicações no funcionamento do SUS (Menicucci, 2009).

Essa divisão de espaços entre público e privado ocorreu porque a questão do financiamento foi o grande problema para a efetivação da reforma do sistema de saúde brasileiro, pois não foi garantido maior aporte de recursos necessários para efetivar a universalização de cobertura e a realização dos investimentos necessários à ampliação da rede pública de serviços. A ausência de fontes estáveis de financiamento, os constantes atrasos nos repasses da União para os Estados e os municípios levaram a uma degradação da qualidade dos serviços bastante acentuada nos primeiros anos do SUS (Cohn, 2005).

Toda a problematização entre o sistema dual de saúde foi se arrastando desde a implementação do SUS, também pela falta de sustentação política do SUS, assim como uma falta de regulamentação ou pouca regulamentação governamental do setor privado que seja voltada ao interesse público (Menicucci, 2009); fatores esses que vêm apresentando mudanças com novas normas de regulamentação implementadas pela Agência Nacional de Saúde a partir de 2012.

O sistema público de saúde no Brasil possui o maior número de estabelecimentos de saúde e é responsável pela maior parte dos procedimentos realizados na população e pela cobertura de atendimento à saúde de três quartos de sua população. É um sistema que se centrou no atendimento hospitalar, apesar de seu objetivo ser o de prevenção e atendimentos ambulatoriais (Cohn, 2005).

Com o propósito de ajustar o atendimento aos objetivos primários do SUS, começaram a ser tomadas algumas medidas mais efetivas para viabilizar a mudança do modelo. Em 1995, foram criados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), com enfoque na promoção e prevenção, e que deveriam buscar a racionalização da utilização dos serviços, ampliar o acesso e melhorar a eficácia e a efetividade das ações, servindo de “porta de entrada” para os outros níveis do sistema de saúde (Menicucci, 2009).

Entre os resultados desse esforço, a produção ambulatorial cresceu 123% no período de julho de 1994 a dezembro de 2007, sendo que os atendimentos básicos cresceram 424%, ao passo que os não básicos apenas 39%. Isso se reflete no número de internações que teve variação negativa de 16% no período de janeiro de 1995 a dezembro de 2007 (Menicucci, 2009).

A cobertura pelo PSF foi gradativamente aumentando, atingindo, em 2007, 95% dos municípios, embora cobrindo apenas cerca de 50% da população e enfrentando problemas quanto à qualidade, resolubilidade e fixação de recursos humanos, particularmente do médico de família (Menicucci, 2009). O que levou, em 2013, à implementação de novas políticas públicas, a fim de ajustar tais hiatos, como o programa “mais médicos”.

Podemos perceber assim que as políticas de saúde têm um efeito direto sobre o funcionamento do SUS. Não apenas as políticas implementadas em seu tempo, como hoje o programa “mais médicos”, mas também as anteriores, como no caso do PACS e do PSF. O processo de formação de uma política se dá a partir da interação entre formulação, implementação e avaliação. Por isso o nosso foco se pauta apenas na consideração de programas como o PACS e PSF, e não no “mais médicos”, já que consideramos cedo, ainda, para avaliar impactos da nova política.

1.6 SAÚDE E GÊNERO NO BRASIL

Os fatores que geram diferenciais em termos de saúde entre homens e mulheres foram brevemente discutidos nas seções anteriores, como, por exemplo, o estilo de vida. Entretanto, essa distinção vai muito além, já que a doença nas mulheres sempre foi algo naturalizado e essencializado.

Aqui, o papel das mulheres na saúde deve ser discutido para examinarmos a configuração de gênero no campo da saúde. A aproximação da mulher com o campo da saúde e a concomitante marginalização do homem no mesmo não devem nos dar um falso entendimento de privilégio feminino, pois não é por essa proximidade que as mulheres têm sua saúde mais cuidada, já que tendem mais a cuidar dos outros membros da família do que da própria saúde. Entretanto, sua proximidade pode torná-las mais familiarizadas e

conscientes com a questão da saúde, o que não acontece com os homens (Vilella e Monteiro, 2005).

Ainda neste mote, podemos destacar que, no Brasil, o papel das Agentes Comunitárias de Saúde tem sido de lidar com a saúde e o bem-estar dos usuários; por isso, os homens deixam para ir ao médico em casos de emergência, e são prontamente atendidos quando vão justamente pela raridade de sua presença. É relevante entrar nessa questão, já que a questão de gênero é intrinsecamente associada a qualquer política pública que se pronuncia como direcionada à família, o que não pressupõe nenhuma menção explícita à equidade; sendo necessário então o desenvolvimento de uma reflexão mais pormenorizada sobre a questão de gênero (Scott, 2005).

Muitos avanços no que tange aos direitos no atendimento à saúde foram garantidos a partir da Constituição Federal de 1988, fato que ocorreu, como já mencionado, a partir do movimento social da reforma sanitária, que contou com a grande atuação de mulheres, entre outros grupos. Elas lutavam principalmente em uma vertente de engajamento vinda da promoção do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Contudo, após a promulgação da Constituição e as dificuldades para implementação do PAISM, houve um enfraquecimento dessa luta e tal programa foi relegado a prioridade secundária (Scott, 2005).

Quando implementado, foi feito de forma diferenciada, conforme os Estados e regiões do país, devido a resistências políticas, não conseguindo reduzir índices de esterilização feminina e sendo corrigido hoje em dia por outras medidas menos pontuais quanto ao direcionamento às mulheres, através dos espaços de atenção à saúde descentralizada, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991; fato que desfavorece o tratamento de parcelas da população que apresentam características sociodemográficas específicas, como mulheres, idosos, adolescentes, entre outros (Costa, 1992).

No PACS, a comunidade acaba por reproduzir as categorias e hierarquias sociais que são naturalizadas na vida social. Dessa forma, a discussão para as necessidades de categorias específicas acaba por ser substituída em uma lógica territorial. E assim, com as demandas regionalizadas e descentralizadas, os espaços na agenda nacional para uma demanda elaborada em torno de gênero ficaram escassos (Vilella e Monteiro, 2005).

Três anos após a implementação do PACS, surge uma nova política pública, com o objetivo de substituição deste, que é o Programa Saúde da Família (PSF). Pautado ainda em uma abordagem territorial, mas agora não no comando da comunidade, mas sendo estes agentes pautados sob uma perspectiva tecnicista, de modo a atender melhor às demandas de saúde, com uma ligação direta entre o Estado e as comunidades, em uma abordagem em que o

Estado pauta-se na integralidade, descentralização, universalização e territorialidade, priorizando a família (Vilella e Monteiro, 2005).

O foco do PSF na família é problemático para se pensar e tratar de categorias como gênero, pois “família é um conceito que esconde a questão de poder, enquanto gênero a aborda explicitamente, tornando-se um eixo fundamental para interpretação” (Scott, 2005:80). Dessa forma, como já mencionado, é importante que, na noção de família, contenha a questão de gênero.

A instalação de uma equipe de atenção básica à saúde é repleta de conteúdos que se referem ao poder. A sua presença estimula uma ação baseada no disciplinamento e na vigilância, no sentido de Foucault (2008). Como destaca Scott (2005):

Duas esferas de poder se encontram. O Estado controlando os cidadãos por intermédio de equipes que mediam a chegada de seu poder às comunidades, e as relações de gênero que se articulam na perpetuação de uma desigualdade que ressalta agressividade e ameaças masculinas e zelo e cuidados femininos (Scott, 2005:92).

Logo, as mulheres assumem o papel de cuidadoras de seus dependentes e até de seus parceiros. E, dessa forma, se autoatribuem, com naturalidade, as tarefas e o discurso relacionados à saúde (Scott, 1991), como, por exemplo, o papel de mãe, mesmo quando não acompanhadas de filhos. Assim, é exigida da mulher a disponibilidade de tempo para se dedicar ao cuidar, como se seu tempo fosse mais disponível do que dos homens.

Nesse contexto, os homens não são motivados a ir nos centros de saúde, porque são espaços ocupados paulatinamente por mulheres (Scott, 2005). Estudos demonstram que eles, quando os frequentam, ficam do lado de fora até serem atendidos. Ou vão apenas para acompanhar as mulheres com seus filhos recém-nascidos (Vilella e Monteiro, 2005). Contudo, as camadas populares apresentam mais incidência à saúde do que outras camadas sociais, inclusive os homens. Estes então recebem tratamentos diferenciados nos centros de saúde, vistos como a autoridade da família, reforçando a continuidade de confrontos de poder e referência a um modelo idealizado de família. Dessa maneira, a partir desta análise, vamos de acordo com a ideia de que

os ganhos inquestionáveis acarretados na qualidade de serviços de saúde com a política territorializada dos programas de PACS e de PSF resultam no recrudescimento de uma política específica de gênero na saúde que favorecia o acesso de mulheres a unidades especiais (PAISM). Ao mesmo tempo, manteve o enfoque preferencial de mulheres e uma prática de reforço do afastamento e demonização dos masculinos (Scott, 2005:92).

Assim, as mulheres, mais do que estarem em desvantagem em relação ao acesso à saúde, estão incluídas como atrizes principais, uma vez que: configuram a maioria dos trabalhadores da saúde, exceto os médicos, e em especial as trabalhadoras que estão próximas aos cuidados básicos dos pacientes, e que ainda coincidem com o seu baixo *status* social em termos de renda; são interlocutoras dos especialistas e do Estado; acumulam a experiência como grávidas e parturientes, e isso lhes dá prioridade nas políticas públicas nas ocupações relacionadas a esses serviços; e têm culturalmente o papel de cuidadoras na família. No entanto, tal inclusão faz-se baseada na lógica da dominação masculina (Bourdieu, 2005).

No que tange à saúde do homem, em 2008, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). A necessidade da criação de uma política de saúde específica para o público masculino se deu, por um lado, ao aprofundamento da crítica que os movimentos feministas têm feito ao machismo, o que leva a uma perda constante, pelos homens, da posição de representante universal da espécie humana e uma eventual invisibilidade epistemológica que essa posição atribui a eles. Por outro lado, houve a modificação das estruturas familiares e dos padrões de masculinidade, o que admite a emersão dos homens como consumidores de bens e serviços vistos como femininos, como os serviços de saúde (Carrara *et. al.*, 2009).

Contudo, a PNAISH foi criada com uma pauta na questão da disfunção erétil, o que acaba por afirmar, ainda mais, a necessidade da imposição de uma masculinidade, em vez de se pautar na relevância da criação e implementação de uma política de saúde voltada aos homens, justificada por fatores culturais, como já exposto anteriormente, levando a uma não procura masculina por serviços de saúde, como destaca o próprio PNAISH:

Estereótipos de gênero, enraizados há séculos na cultura patriarcal, produzem práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem se julga invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco. [...] Ainda que o conceito de masculinidade venha sendo atualmente contestado e tenha perdido seu rigor original na dinâmica do processo cultural [...], a concepção ainda prevalente e hegemônica de masculinidade é o eixo estruturante pela não-procura aos serviços de saúde (PNAISH, 2008: 6).

Essa posição paradoxal dos homens em relação à própria saúde é atribuída principalmente à posição que ainda hoje é ocupada na hierarquia de gênero. A questão passa a ser, então, de como a cultura da masculinidade acaba por influenciar as relações de poder de

forma concreta e que o discurso de vitimização – atribuído e destacado pela disfunção erétil – e paternalista incorporado à nova política contribui mais para ocultar do que para revelar (Carrara *et. al.*, 2009).

Outro fator importante quanto à dificuldade da relação homens-saúde é que, para eles, articular reivindicações a partir de uma posição pautada em gênero e tornarem-se visíveis enquanto categoria homens significa colocarem-se no mesmo plano das mulheres, perdendo, dessa forma, a posição de representantes universais da espécie humana e arriscando a sua posição na hierarquia de gênero (Schwarz *et. al.*, 2012). Porventura, essa seja a explicação de o porquê ainda não haver organizações que defendam os direitos dos homens, como existem as organizações feministas, que foram de grande relevância para as conquistas dos direitos das mulheres na área da saúde.

Sendo assim, a circunstância para que aconteça uma mudança cultural primordial para fazer com que os homens tenham uma relação de prudência com seus corpos tanto quanto as mulheres é dando o mesmo poder e prestígio a elas quanto eles têm. É como se os homens precisassem se tornar socialmente vulneráveis para que assim possam perceber a sua vulnerabilidade biológica, isto é, parece que, para os homens, se mostrar invulnerável é condicional ao exercício de poder por eles exercido na relação de gênero. Entretanto, tal poder tem um valor que se traduz em uma vida mais curta e menos saudável (Carrara *et. al.*, 2009; Schawarz *et. al.*, 2012).

Divergentes ao caso das mulheres, que se organizaram em um amplo movimento em busca de – através de políticas públicas específicas – saírem da condição de subordinação a que historicamente lhes foram relegadas, os homens então apenas podem aparecer como sujeitos passivos, vista a atribuição pela medicina e pelo Estado de uma política a eles direcionada; o que os leva a serem representados pelos médicos e pelos formuladores e executores de uma política que em nome deles foi implementada, mas sem sua participação efetiva.

O que queremos destacar é que os homens, através de intermediadores, devem assumir o papel de protagonistas de suas demandas. O que ocorreu com as mulheres foi que, pela sua organização e seu protagonismo em suas demandas, elas alcançaram certo “empoderamento” (Castro e Lavinias, 1992). Já para os homens, esse protagonismo atribui o sentido contrário, ou seja, admitir uma fragilidade e vulnerabilidade ao assumir suas demandas.

No PNAISH, uma maneira de lidar com esse visível paradoxo de formular uma política pública como se fosse reivindicada pelos sujeitos a ela atribuídos é o de desagregar a categoria homem em diversas subcategorais que foram historicamente marginalizadas pela

sociedade – índios, negros, gays, travestis, portadores de deficiências, trabalhadores rurais, entre outras (PNAISH, 2008). A literatura destaca (Carrara *et. al.*, 2009; Schwarz, 2012) que as mulheres parecem formar, de modo mais simples, uma categoria unificada, e os homens não. Afirmativa na qual discordamos, como veremos adiante, sobre a questão das mulheres indígenas.

No Brasil, também existe uma Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASI), instituída para compatibilizar os direitos diferenciados constitucionalmente aos povos indígenas à Lei Orgânica da Saúde. Contudo, tal diferenciação não abrange as relações de gênero e família, que, nesse caso, também são diferenciadas e demandadas pelas mulheres indígenas. Para atender a essa demanda, desde 2004, as instâncias gestoras do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena avaliam a elaboração de uma política pública específica para atender à saúde das mulheres indígenas. Todavia, até o momento, não houve avanços para o desenvolvimento de programas adequados à realidade cultural dos povos indígenas.

Alguns estudos acerca das relações de gênero em comunidades indígenas trazem importantes informações acerca da saúde da mulher indígena, explicitando a construção das relações de gênero vinculada aos domínios de produção de parentesco através da fabricação do corpo (Santos e Coimbra Júnior, 1994). No entanto, ao implementarem as políticas de saúde da mulher nos contextos locais dessas comunidades, tais políticas se tornam coadjuvantes na transformação das relações de gênero e assim no processo de produção de corpos e de parentesco (Ferreira, 2013). Dessa forma, é importante destacar a singularidade dessas relações e a necessidade de políticas públicas específicas.

Como uma forma de atender parcialmente a tais especificidades, houve um desdobramento do PAISM ao PNAISM (Programa Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher), em 2004, passando a considerar o enfoque de gênero, raça, etnia e geracional no que tange aos direitos sexuais e reprodutivos, contemplando, de certa maneira, os grupos minoritários, como as mulheres indígenas, mas sem uma articulação com os sistemas tradicionais indígenas de saúde como forma de qualificar a atenção à saúde da mulher indígena (Ferreira, 2013).

Podemos perceber que as relações entre Estado e cidadãos e entre camadas médias e camadas populares se apresentam como as principais perpetuadoras dessas desigualdades que se manifestam no nível de gênero, através da família, e perpassam a questão da saúde.

1.7 PESQUISAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS SOBRE SAÚDE

Pesquisas realizadas, relacionando gênero e saúde, demonstram que as mulheres são mais susceptíveis de viver mais tempo em plena saúde do que a maioria dos homens, mas isso varia de acordo com o país (Payne, 2006).

No Brasil, estudos assinalam que as mulheres têm vivido mais que os homens. E essa sobremortalidade masculina tem se dado principalmente por causas de mortes violentas, como homicídios e acidentes de trânsito (Aquino *et al.*, 1992), fatores que são relacionados aos hábitos diferenciados por gênero.

Devemos ressaltar que as mulheres, apesar de viverem mais que os homens, suportam uma maior carga de problemas de saúde, ou seja, elas vivem mais, só que em condições de bem-estar piores. Em todo o mundo, mulheres sobrevivem aos homens e apresentam uma mortalidade menor, mas isso não quer dizer que elas vivem em melhores condições de saúde (Parahyba, 2006; Annandale, 2010).

Esses diferenciais que interferem na saúde de homens e mulheres são a exposição a fatores de risco, diferenças na construção da experiência do adoecimento e também de morbidade. Além disso, as mulheres também sofrem do ônus da dupla jornada de trabalho (Villela *et al.*, 2009).

Apontamentos também têm sido feitos no sentido de que as mulheres desenvolvem incapacidades funcionais com maior frequência que os homens, além de sobreviverem mais tempo que eles com as suas limitações (Parahyba, 2006), fato que pode ser explicado devido à diferença nas doenças associadas aos homens e às mulheres que relatam incapacidade, e por fatores comportamentais, que indicam uma maior procura das mulheres por serviços de saúde do que os homens (Fahel e Neves, 2009).

Sendo assim, o importante a se considerar neste momento é que a expectativa de vida e as taxas de prevalência de incapacidade funcional são maiores entre as mulheres, o que demonstra que elas vivem mais, e também que suportam por um maior tempo e com maior intensidade os problemas de saúde; fatores que criam uma maior desigualdade no seu bem-estar e na sua condição de saúde em relação ao homem (Rieker *et al.*, 2010)

Na comparação entre homens e mulheres em situações econômicas e sociais similares, as disparidades de gênero relacionadas à saúde praticamente desaparecem (Santos, 2011a), sendo que a desigualdade de saúde em gênero apresenta uma relação maior com a ocupação do indivíduo (Santos, 2011a). Portanto, também é importante na análise de gênero relacionada

à desigualdade em saúde destacar a influência da classe social sobre esta categoria. Dessa forma, as diferenças de gênero em saúde podem variar, conforme os contextos de classe. Como já destacado: “supõe-se então que as discrepâncias de gênero em saúde possam ser intensificadas em determinados contextos de classe e atenuadas em outros contextos de classe” (Santos, 2011a:7).

Pessoas localizadas em posições socioeconômicas inferiores tendem a apresentar desvantagens sobre um conjunto de fatores de riscos biomédicos, comportamentais, psicossociais e ambientais que está ligado à relação entre as condições sociais e a doença (House *et al.*, 1992; 1994; 2005; House e Williams, 2000; Lahelma, 2001; Hankin e Wright, 2010).

Dessa forma, é importante destacar que não apenas a análise da saúde individual é necessária, mas também dos grupos, pois é constatado que os estratos ocupacionais privilegiados, em sua grande maioria, apresentam níveis mais elevados de saúde (Braveman, 2006). Isso se dá uma vez que as desigualdades socioeconômicas perpassam a distribuição da saúde e da mortalidade, processo este amplamente analisado por pesquisas (Marmot *et al.*, 1984; Marmot *et al.*, 1995; Elo, 2009).

Além de gênero e classe social, outros indicadores têm sido considerados como fortes preditores de saúde. Renda é um fator importante a se analisar, pois, em determinado grau, os impactos de outras variáveis podem ser alterados por ela (House e Williams, 2000). Estudos demonstram que, conforme o aumento da renda, vantagens são acrescentadas, gerando ganhos imediatos e cumulativos (Lynch e Kaplan, 2000). Contudo, não devemos tratá-la como uma variável intervalar, já que pequenas variações podem gerar grandes mudanças entre pobres ao compararmos aos ricos (Krieger *et. al.*, 1997).

Como um indicador complementar à renda, indicadores de riqueza ou bens individuais têm sido utilizados, de modo a representar os ativos de capital e de poder manifestos em âmbitos que escapam à aferição da renda (Krieger *et. al.*, 1997; Lynch e Kaplan, 2000; Lahelma, 2001).

Nos Estados Unidos, estudos demonstram que educação é o mais forte preditor socioeconômico de saúde (Cockerham, 2007). Uma revisão da literatura internacional apresenta que tal variável seria o indicador que “mais consistentemente exhibe uma associação significativa com várias medidas de saúde e mortalidade por todas as causas e por causa específica em uma ampla variedade de contextos” (Elo, 2009:557).

O tema raça e saúde, no Brasil, é controverso. Apesar de a literatura internacional já ter demarcado importantes diferenciais no que tange à correlação entre essas variáveis

(Williams, 1997), existe uma escassez de estudos empíricos que investiguem a magnitude e a influência das desigualdades raciais na saúde/doença com dados brasileiros.

Alguns poucos estudos já realizados em nosso país apontam para a considerável desvantagem dos mesmos grupos raciais que já apresentam outras desigualdades sociais – como a alta mortalidade por violência entre jovens pretos e pardos, a maior mortalidade de crianças pretas e pardas até 5 anos de idade – o que pode também estar relacionada com a saúde da mãe –, assim como a insatisfação, mais frequente, no atendimento a gestantes pretas (Chor, 2013).

Os achados acerca do assunto indicam que as desigualdades em saúde relacionadas à raça refletem as desigualdades mais abrangentes na sociedade. Raça, gênero e posição socioeconômica influenciariam a saúde dos brasileiros por meio de diferentes relações e com intensidades diversas (Chor, 2013). Assim, a associação entre raça e saúde apresenta como fundamento a elevada desigualdade racial de acesso a recursos socialmente valorativos e também as distintas posições socioeconômicas ocupadas por grupos raciais. Contudo, é ponderado que essa mediação socioeconômica não corresponde como um todo às diferenças de saúde em raça. “As divisões raciais geram efeitos adicionais na saúde que independem das diferenças socioeconômicas entre os grupos” (Santos, 2011b:6).

Existe um aparente consenso de que estudar as desigualdades raciais em saúde criaria divisões sociais no Brasil em vez de evidenciá-las, o que reforçaria o determinismo biológico (Chor, 2013). Entretanto, entendemos que tal pensamento leva a uma distorção da abrangência de outros aspectos da discriminação ou não ajuda a compreender as origens das desigualdades raciais em saúde no Brasil.

Torna-se necessário, ainda, destacar estudos que demarcam as diferenças regionais do estado de saúde dos indivíduos (Schramm *et al.*, 2004), uma vez que acreditamos que, de acordo com a proposta do sistema de saúde brasileiro e com as especificidades regionais de um país com as dimensões do Brasil, é importante analisar se existe impacto de saúde conforme a região de moradia. Além disso, Travassos *et al.* (2000), ao analisarem a utilização dos serviços de saúde nas regiões demográficas do Brasil, demonstram que quanto maior a desigualdade em uma região específica, menor é a utilização dos serviços de saúde por esta, sendo o Nordeste a região que apresenta menores índices.

Andrade (2002) destaca que, em estudos, usualmente, são utilizados três critérios para mensurar o estado de saúde dos indivíduos. O primeiro se baseia no critério médico, no qual a doença é definida como uma patologia fisiológica – dentro desse padrão, podemos destacar as perguntas sobre a existência de doenças crônicas, no suplemento de saúde da PNAD. O

segundo critério pauta-se na capacidade funcional, na qual a doença é deferida pela falta de habilidade ou pela dificuldade para desempenhar tarefas ditas como habituais – a PNAD/2008 apresenta nove perguntas relacionadas a este tema. O terceiro critério é de cunho subjetivo, no qual a pessoa declara a sua própria percepção sobre o seu estado de saúde. Tais critérios seriam então as formas de se medir a saúde dos indivíduos.

Após esta breve exposição acerca de alguns estudos realizados, podemos perceber que a categoria gênero exerce grande influência sobre a saúde dos grupos e indivíduos, permeados por alguns demarcadores socioeconômicos. Dessa forma, surge-nos os seguintes questionamentos: nas distintas regiões demográficas do Brasil, as mulheres apresentam uma desvantagem geral em saúde, em comparação aos homens? Essa desigualdade em saúde, mediada por gênero, apresenta índices diferenciados conforme o medidor de saúde utilizado? Ao controlarmos com outros fatores socioeconômicos, tais índices também apresentam alguma diferenciação significativa?

1.8 REFLEXÕES FINAIS

A partir dessas reflexões sobre as diversas abordagens e teorias acerca do processo de construção das desigualdades de gênero e de saúde, e as influências sociais que as permeiam, verificamos que são múltiplos os fatores explicativos desses fenômenos; ou seja, observamos que, em uma análise sobre as diferenças de gênero e de saúde, não somente uma teoria ou outra, mencionadas acima, sejam relevantes, mas todas, já que elas não são contraditórias, e sim complementares.

Após a apresentação da literatura, consideramos que as ideias principais que conduzem e norteiam esta pesquisa e pesquisas futuras são: existe uma persistente desigualdade social entre homens e mulheres; essas desigualdades também se manifestam no que tange à saúde desses indivíduos; outras divisões sociais potencializam os diferenciais em saúde por gênero; essas desigualdades em saúde se manifestam através de diversas variáveis que medem saúde; e, por fim, as características regionais influem diretamente no diferencial de saúde por gênero no Brasil.

Baseando-se nos argumentos teóricos aqui apresentados, propomos, então, testar as hipóteses a seguir:

Hipótese 1. Tomando como base, principalmente, a abordagem de Sara Payne (2006), espera-se que os comportamentos diferenciais por gênero e seus impactos sobre a saúde de homens e mulheres reflitam sobre a autoavaliação do estado de saúde e ainda que, como destaca Bercovich (1993), tais diferenciais variem conforme as macrorregiões do país.

Hipótese 2. Partindo dos estudos de Link e Phelan (1995) e Cockerham (2007), acredita-se que homens e mulheres apresentem diferenciais no que tange à presença de doença crônica, assim como na autoavaliação do estado de saúde, e que tais diferenciais sejam mediados por outros fatores sociais.

Em suma, demarcamos o fato de que, de acordo com essa literatura apresentada, acreditamos que os resultados da presente pesquisa serão diferenciados não apenas entre os homens e mulheres, mas ainda entre outros fatores socioeconômicos e regionais. Isso porque partimos da suposição de que a saúde não é motivada apenas por fatores biológicos, sendo que fatores sociais são determinantes mais poderosos dos diferenciais de saúde, como: gênero, raça, *status* socioeconômico e região.

A partir dessas questões, propõem-se algumas técnicas estatísticas de análise, que são apresentadas a seguir.

2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

2.1 INTRODUÇÃO

Este capítulo tem como objetivo central expor como se pretende testar as hipóteses anunciadas neste trabalho, a fim de responder as questões de pesquisa propostas. Assim sendo, este capítulo divide-se em três partes principais: apresentação da delimitação do objeto de estudo; descrição das variáveis inseridas nos modelos estatísticos; e os modelos de análise.

2.2 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Os objetos centrais do presente estudo são homens e mulheres residentes nas cinco macrorregiões do Brasil, adultos, isto é, indivíduos de 18 a 64 anos de idade, no ano de 2008, data da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD –, nossa fonte de dados.

Destacamos que os dados utilizados são amostras de domicílios que, por ter finalidades múltiplas, investigam diversos aspectos socioeconômicos, como as características gerais da população, de educação, de rendimento, de trabalho e de habitação, assim como informações sobre o acesso aos serviços públicos e privados de saúde, elementos sobre aspectos da morbidade da população, questões acerca das características de mobilidade ou limitação física das pessoas e características de estilo de vida e comportamentais – como tabagismo e sedentarismo/atividade física –, possibilitando-nos, assim, testar hipóteses e apresentar resultados de saúde referentes a homens e mulheres, por região.

Ademais, pode surgir o questionamento de o porquê usamos a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio do ano de 2008 e não outro banco de dados mais atualizado e, porventura, mais apropriado para a análise da estratificação de gênero em saúde – como o banco de dados do Milênio, ou até mesmo o DataSUS. A escolha pela PNAD partiu principalmente do fato de apenas esse banco permitir-nos uma mensuração mais robusta, além de apresentarem dados socioeconômicos que acreditamos que explique os diferenciais dos índices de saúde entre homens e mulheres.

Demarcamos que esta pesquisa pretendeu examinar a desigualdade em saúde entre homens e mulheres, avaliando os possíveis impactos das características regionais e de outros fatores sociais sobre tais disparidades, e ainda observou se o medidor de saúde utilizado como variável resposta influencia nos resultados de saúde por gênero.

Nesse estudo, as mulheres são comparadas com elas mesmas, de acordo com outras variações socioeconômicas, o que ocorre também no grupo dos homens, e também homens e mulheres são comparados entre si. Além disso, essas categorias são comparadas através de dois indicadores de saúde – autoavaliação do estado de saúde e índice da presença de doença crônica.

Essa divisão de gênero fundamenta-se no pressuposto de que gênero é um conceito tratado como uma categoria que se manifesta como um princípio central da organização social, no qual é produzido e reproduzido de forma dinâmica, sendo construções sociais incorporadas que nos faz compreender homens e mulheres como categorias distintas, possuindo diferentes poderes no que tange ao acesso ao bem-estar material e social (Payne, 2006; Wharthon, 2003, 2005). E que “saúde/doença” são considerados como conceitos construídos não apenas biologicamente, mas também socialmente, através de múltiplos fatores e demarcações sociais que influenciam e estruturam as condições de vida e bem-estar físico e social (Link e Phelan, 1995; Cockerham, 2007; Phelan *et. al.*, 2010).

Como consequência dessa ideia, pressupomos que existem comportamentos diferenciais de gênero, e que seus impactos sobre a saúde de homens e mulheres possam refletir sobre os índices de saúde, e ainda que tais diferenciais possam variar conforme as macrorregiões do país, demarcando os efeitos da forma de aplicação das políticas públicas de saúde no Brasil (House *et al.*, 1992, 1994, 2005; House e Williams, 2000; Lahelma, 2001; Payne, 2006; Hankin e Wright, 2010).

Outras demarcações realizadas neste trabalho dizem respeito à região demográfica e à idade. Em virtude do nosso interesse em aspectos referentes à saúde como uma construção social, os aspectos socioeconômicos regionais são de grande importância (Travassos *et. al.*, 2000), além de analisarmos apenas a população adulta, homens e mulheres entre os 18 e 64 anos de idade. Esse recorte por idade é devido às especificações de saúde entre a população infantil e idosa (Parahyba, 2006).

2.3 OS DADOS E AS VARIÁVEIS

O presente estudo utilizou os microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, do ano de 2008, cujo questionário suplementar investigou as características de saúde dos moradores dos domicílios brasileiros. Esse suplemento apresenta dados sobre o acesso aos serviços públicos e privados de saúde e aos medicamentos, informações sobre aspectos de morbidade da população, questões acerca das características da mobilidade ou limitação física das pessoas, realização de exercícios físicos e características do tabagismo.

O levantamento da PNAD é realizado por meio de uma amostra probabilística de domicílios obtida em três estágios de seleção: municípios, setores censitários e unidades domiciliares. O desenho da amostra da pesquisa possibilita a expansão dos resultados da amostra para o Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação e nove Regiões Metropolitanas (IBGE, 2009). A amostra da PNAD de 2008 possui informações sobre 393.629 casos, abrangendo todos os moradores dos domicílios brasileiros, de crianças a adultos; mas o presente estudo irá abarcar apenas a população adulta, como já citado, definida aqui como as pessoas que possuem de 18 a 64 anos de idade completos, na data de referência da pesquisa – setembro de 2008 –, e que tenham respostas válidas para todas as variáveis consideradas no estudo. Dessa forma, nossa subamostra da PNAD/2008 contabiliza 38.762 casos, sendo 20.266 homens e 18.496 mulheres.

Com base nesses dados, estabelecem-se três classes de variáveis fundamentais para a elaboração das equações de análise estatística: as dependentes, a independente de teste e as independentes de controle para o modelo de regressão logística binário e modelo linear generalizado. As variáveis dependentes dos modelos são construídas da seguinte maneira:

➤ *Autoavaliação do estado de saúde.* Variável indicadora (*dummy*), onde o estado de saúde autodeclarado como bom assume valor 0 – sendo a agregação das categorias de “saúde muito boa” e “saúde boa”; e estado de saúde autodeclarado como não bom assume valor 1 – agregando as categorias “saúde regular”, “saúde ruim” e “saúde muito ruim”. Tais agregações devem-se ao fato de que, apesar de muitos estudos terem demonstrado a importância da autoavaliação como uma medida do estado de saúde geral, já que esta se mostra associada à mortalidade e ao uso de serviços de saúde, além de ser indicador que captura a saúde média da população e não apenas os fatores de risco (Dachs, 2002; Dachs e Santos, 2006), é

questionada quando se trata da aplicação em países em desenvolvimento; já que pessoas em desvantagem social podem não perceber ou desconhecer o seu verdadeiro estado de saúde (Dachs, 2002; Dachs e Santos, 2006). Dessa maneira, a autoavaliação foi tratada como variável binária, buscando lidar com a distribuição assimétrica das respostas.

➤ *Doença crônica.* Índice criado, baseando-se no trabalho de Muniz (2012), onde a variável qualitativa “doença crônica” assume forma contínua. Tal índice foi definido de acordo com a seguinte equação: $\sum_{i=1}^n \frac{Di \cdot n}{\overline{Di}}$, onde Di é igual a 1 quando o indivíduo possui algum tipo de doença crônica i (coluna ou costas, artrite ou reumatismo, câncer, diabetes, bronquite ou asma, hipertensão, doença do coração, doença renal crônica, depressão, tuberculose, tendinite ou tenossinovite, cirrose); e 0 se o indivíduo não possui nenhuma doença crônica i . Enquanto $\overline{Di}$ é o percentual de pessoas na PNAD/ 2008 com alguma doença crônica i ; e n é o número absoluto de doenças crônicas que a pessoa possui. O índice varia entre 0 e 28,14 entre os homens; e entre 0 e 21,18 entre as mulheres. Sendo que 0 significa que a pessoa não possui doença crônica, e, quanto mais próximo de 28,14 para os homens e 21,18 para as mulheres, mais doenças crônicas o indivíduo possui.

Existem dois tipos de variáveis independentes: as explicativas ou de teste e as de controle. As primeiras referem-se ao ponto central de análise desta Dissertação, ou seja, a variável relativa ao gênero do indivíduo ao qual testamos. Enquanto as variáveis independentes de controle são aquelas relevantes para explicar as desigualdades de gênero na saúde de homens e mulheres, como os anos de escolaridade, a raça/cor do indivíduo, a região demográfica de residência, entre outras, porém não apresenta relação com as teorias que pretendemos testar neste estudo. Sendo assim, as variáveis que compõem estes grupos são:

A variável teste:

➤ *Gênero.* Com o objetivo de lidar com os diversos termos interativos entre as variáveis independentes de controle e a variável teste, como, por exemplo, raça/cor, região e *status* socioeconômico, o banco de dados foi dividido entre homens e mulheres, sendo que as estimações dos modelos de regressão foram realizadas em separado para cada um dos gêneros; pois acredita-se que a interação ocorre quando a associação entre a variável independente de teste e a variável dependente se diferencia na forma ou força nos distintos

níveis e/ou categorias de alguma outra variável independente de controle, na qual apresenta interação (Erving, 2011).

Dessa forma, considerando que há interação entre: gênero e raça/cor; gênero e SSE; gênero e região, não a mensurar no modelo explicativo de regressão gerariam estimativas enviesadas referentes a gênero, raça/cor, SSE e região (Soares, 2000; Santos, 2009). Acreditamos nessa afirmativa, uma vez que pesquisas nacionais e internacionais vêm destacando que raça, gênero e *status* socioeconômico são categorias demarcadoras de *status* social que preveem a distribuição diferencial de doenças, incapacidade funcional e morte na sociedade (Aquino *et. al.*, 1992; Krieger *et. al.*, 1993; Kaufman *et. al.*, 1997; Williams, 2005; Geiger, 2006; Santos, 2011b; Chor, 2013). Outros autores chamam a atenção para as desvantagens de saúde que podem se dar devido à desigualdade acumulada e persistente entre essas categorias de análise, e, dessa forma, salientam a interação entre essas variáveis como um potencial explicativo que ajuda a entender a situação de certos grupos desfavorecidos em saúde (Weber e Parra-Medina, 2003; Jackson e Williams, 2006).

Referente a gênero e raça, podemos destacar que são categorias ligadas a um poder social, ou seja, a um nível de poder nas relações sociais e no bem-estar material, o que diferencia diretamente o cuidado com a saúde (Williams, 1997). Ao que tange tanto gênero e SSE, quanto a gênero e região, vale demarcar que homens e mulheres apresentam diferenciais em saúde não apenas entregêneros, mas também intragêneros (variação da saúde entre mulheres ou homens por SSE e por região) (Santos, 2011a).

2.4 VARIÁVEIS DE CONTROLE

- *Raça/Cor*. Variável indicadora (*dummy*), onde não branco = 0 e branco = 1. A primeira categoria inclui pessoas que se autoidentificaram como brancas e amarelas; enquanto as identificações de parda, preta e indígena fazem parte da segunda categoria.
- *Idade*. Variável contínua que indica os anos de idade de cada indivíduo, com recorte apenas para a população adulta, de 18 a 64 anos completos, no período de referência da pesquisa (setembro, 2008).

- *Educação*. Variável contínua que vai de 0 a 17 anos ou mais de estudo alcançado pelo próprio indivíduo. Essa é uma variável importante ao se tratar de saúde, pois, além de ter uma relação direta com o *status* socioeconômico e o rendimento familiar, ou seja, quanto maior o nível educacional, maiores são as chances de ocuparem o topo da pirâmide SSE e terem maiores rendimentos, também é um importante indicador de acesso a informações indispensáveis para o cultivo de uma boa qualidade de vida.

- *ISEI*. Variável contínua que representa o índice de *status* socioeconômico das ocupações (*International Socioeconomic Index of occupational status*), elaborado a partir dos códigos ocupacionais da *International Standard Classification of Occupations* – ISCO 88 (Ganzeboom *et. al.*, 1992; Marques *et. al.*, 2008; Ribeiro, 2011). É um índice criado através de uma ponderação de características socioeconômicas – normalmente, educação e renda – dos indivíduos inseridos em uma determinada ocupação. De modo a ser representativo aos dados do Brasil, convertemos os códigos ocupacionais do IBGE para ISCO 88 e posteriormente para o ISEI. Esse índice varia de 16 a 90, onde quanto mais próximo dos 90, mais perto do topo da pirâmide ocupacional (Marques *et. al.*, 2008). A associação existente entre a posição social e a saúde já foi amplamente estudada, e os resultados demonstram que a saúde aparece tanto como resultante de diferenças nas condições socioeconômicas, como age sobre as chances de alcançar e manter uma boa posição social (Santos, 2011a; Bratter and Gorman, 2011).

- *Décimos de renda familiar per capita*. Variável contínua com valores de 1 a 10 construída com grupos (*decis*) de renda relativa, buscando entender a relação dessa variável com saúde, já que estudos demonstram que grande parte dessa relação encontra-se na base inferior da distribuição de renda (Blacklund *et al.*, 1999; Herd *et al.*, 2007).

- *Bens do domicílio*. Índice contínuo construído segundo a posse de bens duráveis no domicílio. Tal índice foi definido segundo a equação $\sum_{i=1}^n \frac{Di \cdot n}{\overline{Di}}$, onde Di é igual a 1 quando o domicílio possui o bem i (telefone fixo, geladeira, geladeira de duas portas, *freezer*, computador, internet, máquina de lavar, moto, carro e se o domicílio é próprio); e 0 se o domicílio não possui o bem i . Enquanto $\overline{Di}$ representa o percentual de indivíduos na PNAD/2008 que tem o bem i ; e n é o número absoluto de bens que o indivíduo possui. Esse índice varia entre 0,26 a 1,43 (Muniz, 2012).

- *Plano de saúde.* Variável indicadora (*dummy*), não possui plano de saúde = 0 e possui plano de saúde = 1.
- *Fumante.* Variável indicadora (*dummy*), não fumante = 0 e fumante = 1.
- *Praticante de atividade física.* Variável indicadora (*dummy*), não pratica atividade física = 0 e pratica atividade física = 1.
- *Doença crônica.* Índice contínuo, acima citado, aparece como variável independente no modelo de regressão logística binário.
- *Autoavaliação do estado de saúde.* Variável indicadora (*dummy*), acima citada, se torna variável independente no modelo linear generalizado.
- *Região.* Variável categorizada em cinco variáveis binárias, que são: Nordeste, Norte, Centro-oeste, Sudeste e Sul, sendo a primeira nossa categoria de referência.

2.5 EXPLORANDO A VARIÁVEL TESTE

Como mencionado acima, nossos dados estão distribuídos em duas subamostras, uma para homens, que representam 20.266 casos, e outra para mulheres, que são 18.496 casos; nos quais homens e mulheres totalizam um percentual de 64,98% e 66,52% autodeclarantes brancos, respectivamente. A população masculina distribuída por região configura-se como: Norte (4,33%); Centro-oeste (7,53%); Nordeste (13,72%); Sudeste (54,82%); Sul (19,60%). Enquanto a de mulheres: Norte (4,29%); Centro-oeste (7,62); Nordeste (14,56%); Sudeste (53,70%); Sul (19,83%); demarcando assim uma heterogeneidade da distribuição regional por gênero.

A média de idade dos homens está em cerca de 37,46 anos; e a das mulheres, 36,21 anos. Dessa forma, a população distribuída por gênero e idade mostra um padrão semelhante. O *status* socioeconômico médio de homens é de 44,44 e de 46,29 para as mulheres, o que

Tabela 1. Estatísticas Descritivas para as Variáveis Independentes (Brasil, 2008).

Variáveis	Média		Desvio Padrão		Mínimo		Máximo	
	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem
Raça (ref. não branco)	0,62	0,61	0,48	0,49	0	0	1	1
Idade	36,29	37,48	11,08	11,81	18	18	64	64
Escolaridade	11,39	10,65	3,37	3,49	0	0	15	15
ISEI	46,74	45,01	18,32	18,07	16	16	90	90
Renda Familiar	7,55	7,47	2,26	2,31	1	1	10	10
Bens do Domicílio	1	1	0,22	0,21	0,26	0,26	1,43	1,43
Plano de Saúde (ref. sem plano)	0,55	0,52	0,50	0,50	0	0	1	1
Fumante (ref. não fuma)	0,13	0,21	0,34	0,41	0	0	1	1
Atv. Física (ref. não faz atv. física)	0,32	0,44	0,46	0,50	0	0	1	1
Autoavaliação da saúde (ref. saúde boa)	0,85	0,87	0,35	0,34	0	0	1	1
Doença Crônica	1	0,99	1,77	1,84	0	0	21,18	28,14
<u>Região</u>								
Centro-oeste	0,13	0,13	0,33	0,33	0	0	1	1
Nordeste	0,20	0,19	0,40	0,40	0	0	1	1
Norte	0,08	0,08	0,27	0,27	0	0	1	1
Sudeste	0,38	0,39	0,48	0,49	0	0	1	1
Sul	0,21	0,21	0,41	0,41	0	0	1	1

Fonte: IBGE. 2009. PNAD – 2008. Microdados com o suplemento especial sobre saúde (tabulações especiais do autor).

demarca que elas estão mais próximas da base da pirâmide ocupacional que eles. A educação média varia entre: 10,6 anos (homens) e 11,31 anos (mulheres). Enquanto o decil de renda familiar média dos homens é de 7,51, ou seja, 79,89% dos homens encontram-se nos cinco decis mais baixos de renda; e a média feminina é de 7,59, isto é, 81,18% das mulheres estão nos cinco decis mais baixos de renda – dados que também confirmam a literatura ao afirmarem que, apesar de as mulheres apresentarem maiores níveis de escolaridade, isso não se reverte em maiores rendimentos. No que se referem aos bens duráveis que os indivíduos possuem, homens têm um percentual de 1,72% de todos os bens; e as mulheres, 1,35%, mas ambos possuem ao menos um bem durável no domicílio.

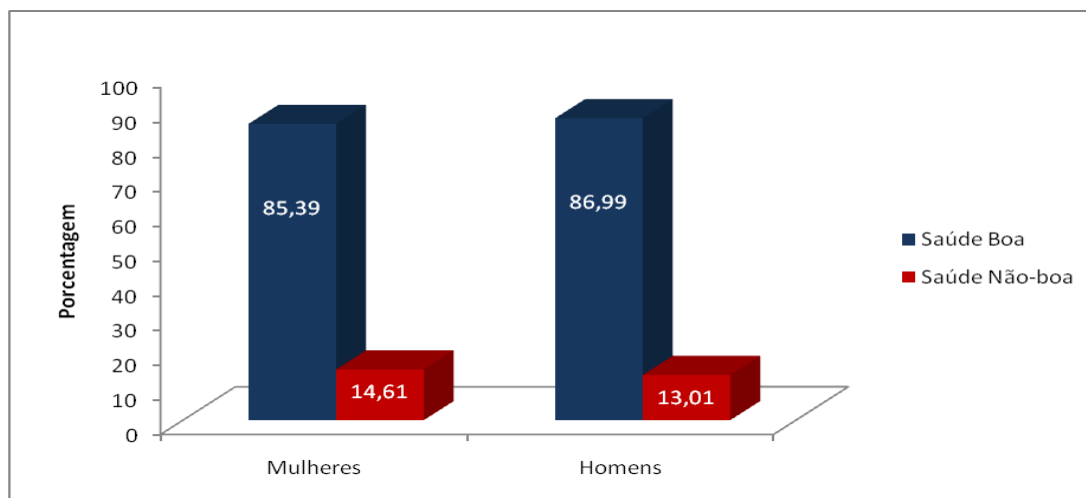
Dos homens amostrados, 52,77% têm plano de saúde, 21,61% fumam e 43,08% praticam algum tipo de atividade física; já as mulheres declaram que 55,59% têm plano de saúde, 13,44% fumam e 30,75% praticam algum tipo de atividade física. Dessa forma, podemos perceber que, como demonstrado pela literatura, mulheres apresentam um percentual maior de posse de planos de saúde, o que se deve a questões reprodutivas e de um maior cuidado com a saúde (Pinheiro *et. al.*, 2002; Fahel e Neves, 2009). Ao que tange a práticas comportamentais, percebemos que homens apresentam maiores chances de fumar do que as mulheres, conquanto eles também praticam mais atividade física que elas.

Homens com idade entre 40 e 50 anos fumam mais que os demais homens. Enquanto para mulheres, há uma variabilidade maior dos 18 aos 64 anos, não se estabelecendo nenhum padrão. Em relação à prática de atividade física, a partir dos 50 anos, há uma queda acentuada sobre tal comportamento, tanto pra homens quanto para mulheres. No tocante à posse de plano de saúde, apenas no Sudeste e Sul a proporção de homens que possuem é maior que os que não possuem. Enquanto para as mulheres, essa proporção se manifesta em todas as regiões, com exceção da região Norte. Ainda vale destacar que quanto maior os anos de escolaridade, mais os indivíduos, tanto homens como mulheres, apresentam a posse de planos de saúde.

No que concernem às variáveis dependentes, apresentamos os seguintes dados:

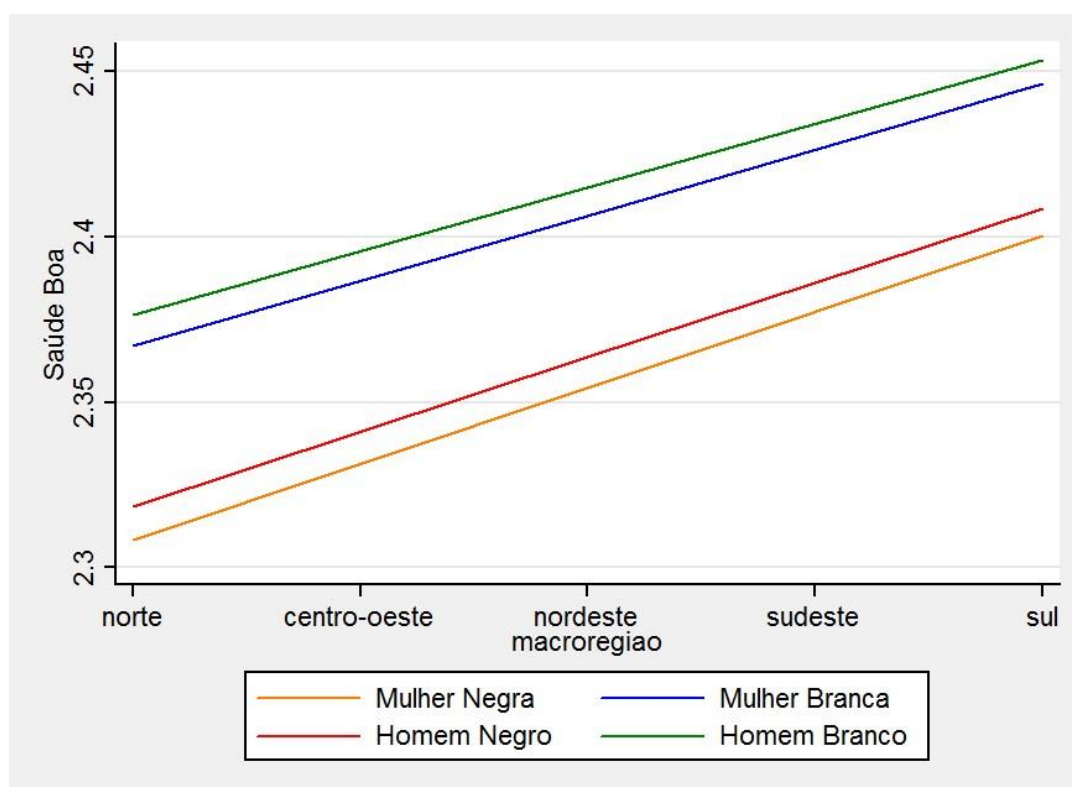
Como podemos perceber, no gráfico 1, a maioria da população autoavalia a sua saúde como boa, em comparação à saúde não boa. Contudo, existe uma leve gradação ao considerarmos a categoria gênero, onde mulheres apresentam um percentual maior de saúde não boa que os homens.

Gráfico 1. Percentual da Autoavaliação do Estado de Saúde por Gênero (Brasil, 2008).



Fonte: IBGE. 2009. PNAD – 2008. Microdados com o suplemento especial sobre saúde (tabulações especiais do autor).

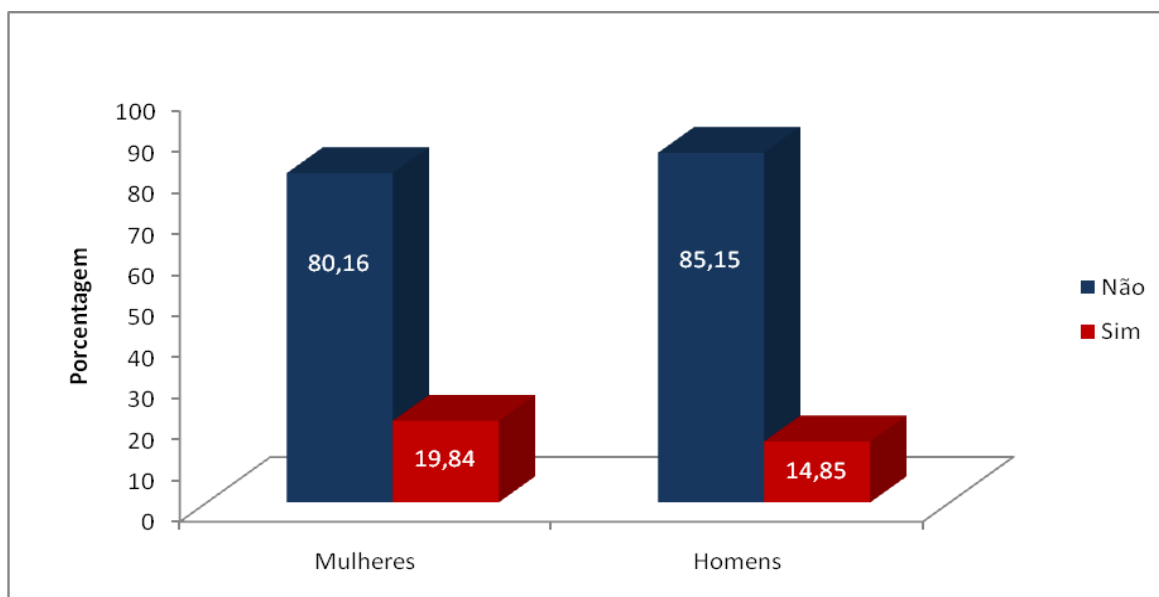
Gráfico 2. Densidade da autoavaliação da saúde como boa, para *status* socioeconômico médio, por gênero e raça, conforme a região (Brasil, 2008).



Fonte: IBGE. 2009. PNAD – 2008. Microdados com o suplemento especial sobre saúde (tabulações especiais do autor).

De acordo com o gráfico 2, podemos perceber a variação de região e raça na autoavaliação do estado de saúde de homens e mulheres. Considerando o *status* socioeconômico médio para todos os indivíduos, observamos que tanto homens como mulheres, negros ou brancos, apresentam a melhor saúde nas regiões Sudeste e Sul, em contraposição ao Norte, Centro-oeste e Nordeste. E ainda vale destacar que as mulheres e os homens negros apresentam os piores resultados de saúde autoavaliada, sendo elas ainda piores que eles. Essa diferença também permanece para indivíduos brancos, sendo ainda as mulheres com os piores resultados.

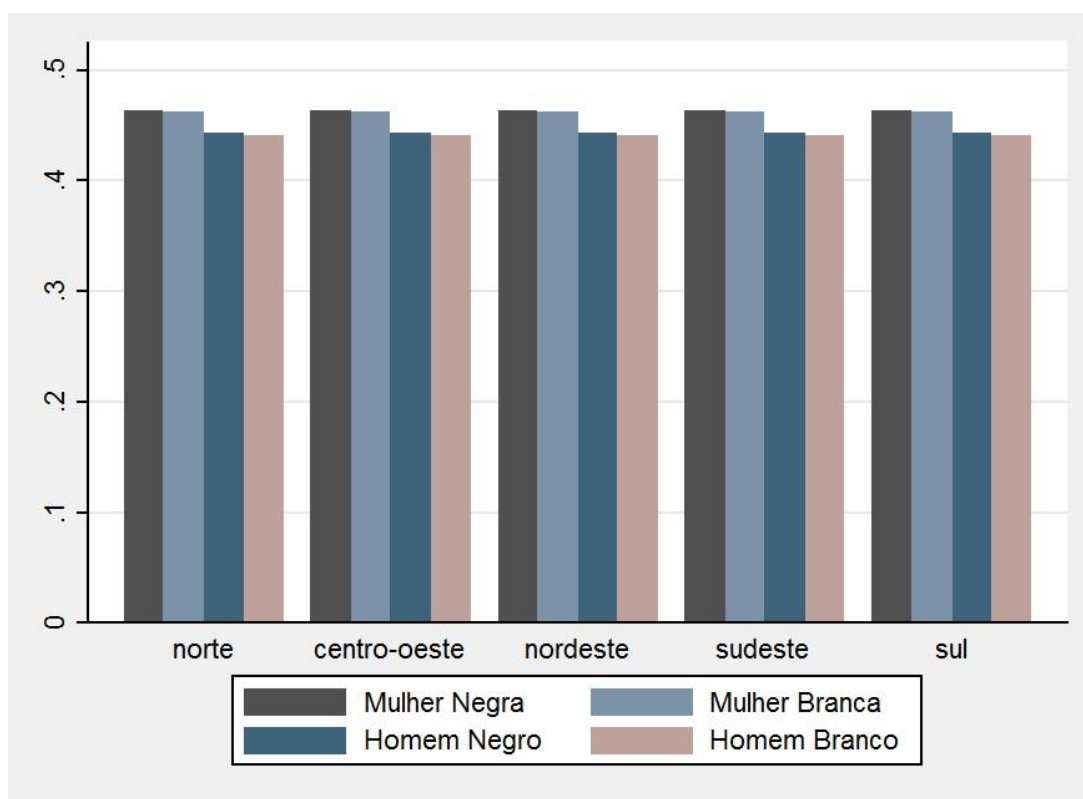
Gráfico 3. Percentual de Doença Crônica por Gênero (Brasil, 2008).



Fonte: IBGE. 2009. PNAD – 2008. Microdados com o suplemento especial sobre saúde (tabulações especiais do autor).

De acordo com o gráfico 3, mulheres apresentam um percentual de presença de doença crônica maior que os homens. Esse fato pode ter relação com o relativo diferencial a favor das mulheres, na autodeclaração da saúde como não boa. Estudos já demonstraram que, apesar de as mulheres terem um percentual maior da posse de planos de saúde (Fahel e Neves, 2009) e frequentarem mais os serviços de saúde (Pinheiro *et. al.*, 2002), isso não se reflete em diferenciais favoráveis de saúde a elas; assim, mulheres têm um maior acesso à saúde, mas, em contrapartida, apresentam piores resultados de saúde, tanto se tratando da autoavaliação, quanto à presença de doenças crônicas.

Gráfico 4. Presença de doença crônica, mantendo SSE médio, por gênero e raça, conforme a região (Brasil, 2008).



Fonte: IBGE. 2009. PNAD – 2008. Microdados com o suplemento especial sobre saúde (tabulações especiais do autor).

O gráfico 4 nos apresenta o índice de presença de doença crônica segundo gênero e raça, nas diferentes macrorregiões do Brasil. Segundo sua análise, mulheres apresentam maiores índices de doença crônica que homens, como já demonstrava o gráfico 3. Contudo, ainda podemos observar que existe também uma gradação por raça, sendo que tanto mulheres quanto homens negros apresentam piores índices de doença crônica que seus pares brancos, existindo assim uma desigualdade não apenas entregênero, mas também intragênero, quando controlado por raça. Em relação às distintas regiões brasileiras, não existe um padrão diferencial no quesito doença crônica, mostrando índices bastante homogêneos em todas as regiões.

2.6 AS TÉCNICAS E OS MODELOS ESTATÍSTICOS DE ANÁLISE

Com o objetivo de testar a hipótese de que os comportamentos diferenciais de gênero e seus impactos sobre a saúde de homens e mulheres refletem a autoavaliação do estado de saúde, e ainda que tais diferenciais variam de acordo com as macrorregiões do país; propõe-se estimar um modelo de Regressão Logística Binomial.

Esse modelo é utilizado visando a explicar a associação de um conjunto de variáveis na probabilidade de um indivíduo apresentar a saúde boa (Hair Jr. *et al.*, 1995). De acordo com Tansey *et al.* (1996), devemos utilizar os modelos de regressão logística para medir a taxa de mudança na probabilidade de um evento ocorrer, a partir da mudança em um preditor. Dessa forma, é possível observar os efeitos de variáveis independentes sobre a variável dependente. Em outras palavras, as variações da variável dependente são baseadas em valores da variável independente (Babbie, 2005).

Os modelos de regressão logística presumem que a variável resposta seja categórica. No nosso caso, utilizamos o modelo de regressão logística para variáveis respostas binárias – que apresentam somente dois resultados possíveis. Uma variável resposta binária y é representada por duas categorias, 0 e 1. Frequentemente, os termos genéricos *sucesso* e *fracasso* são utilizados para remeter a esses dois resultados; sendo que a média dos resultados de 0 e 1 é igual à proporção de resultados que sejam iguais a 1 (Agresti e Finlay, 2012).

Dessa forma, são observados os efeitos das variáveis independentes sobre a variável dependente. Através da fórmula $[(\exp^{\beta} - 1) * 100]$ são calculados os incrementos percentuais que o aumento de uma unidade em cada variável independente suscita na probabilidade de um indivíduo apresentar saúde boa (Helal e Neves, 2007).

A equação do Modelo de Regressão logística Binomial é:

$$\begin{aligned} & \ln[P(\text{saúde boa}=1)/1 - P(\text{saúde boa}=1)] \\ &= \beta_0 + \beta_1(\text{raça}) + \beta_2(\text{idade}) + \beta_3(\text{educação}) + \beta_4(\text{ISEI}) + \beta_5(\text{decil de renda}) + \beta_6(\text{bens}) + \\ & \beta_7(\text{plano de saúde}) + \beta_8(\text{fumante}) + \beta_9(\text{atividade física}) + \beta_{10}(\text{doença}) + \beta_{11}(\text{região}) + \varepsilon \end{aligned}$$

Propõe-se ainda estimar um modelo de Regressão Linear Generalizado para verificar a hipótese de que: homens e mulheres apresentam diferenciais no que tange à presença de

doença crônica, assim como na autoavaliação do estado de saúde, e que tais diferenciais sejam mediados por outros fatores sociais.

Os Modelos Lineares Generalizados (GLM) podem ser aplicados como modelos alternativos para variáveis contínuas que não presumem normalidade⁷, isto é, presume uma distribuição *gama* para a variável dependente (Agresti e Finlay, 2012). Essa distribuição é necessária, já que o índice aqui criado da manifestação de doença crônica possui valores positivos quando sua média está próxima de zero, ocorrendo uma variação menor entre as respostas dessa variável. Nesse caso, os GLM (assumindo distribuição *gama*) são aconselháveis, pois presumem uma distribuição para variável resposta na qual o desvio padrão aumenta à medida que a média aumenta (admitindo heterocedasticidade nos erros), ideal para o nosso caso.

O GLM foi utilizado neste trabalho para lidar com a distribuição não normal da variável contínua “índice de doença crônica”. Essa escolha se deu uma vez que a construção deste índice mensurou de maneira mais robusta a variação da presença de doença crônica entre homens e mulheres do que em sua forma original, qualitativa.

A equação do Modelo Linear Generalizado é:

$$g(\mu \text{ doença crônica}) = \beta_0 + \beta_1(\text{raça}) + \beta_2(\text{idade}) + \beta_3(\text{educação}) + \beta_4(\text{ISEI}) + \beta_5(\text{decil de renda}) + \beta_6(\text{bens}) + \beta_7(\text{plano de saúde}) + \beta_8(\text{fumante}) + \beta_9(\text{atividade física}) + \beta_{10}(\text{doença}) + \beta_{11}(\text{região}) + \varepsilon$$

Onde, $g(\mu)$ é a função de ligação, que liga a média do índice de doença crônica às variáveis explicativas. Em nosso caso, a função de ligação utilizada é a de *identidade*, que especifica um modelo linear para a média de doença crônica.

2.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente capítulo dispôs sobre as variáveis e os modelos estatísticos que foram necessários para testar as hipóteses elaboradas nesta Dissertação. Em virtude da condição

⁷ Cf. no anexo I, gráfico da distribuição não normal de nossa variável dependente “índice de doença crônica”.

multidimensional da elucidação sobre os diferenciais de saúde entre homens e mulheres, sugeriu-se a inclusão de variáveis socioeconômicas e comportamentais que acreditávamos serem relevantes ao estudo, e ainda de diferentes técnicas e modelos estatísticos de análise, como a Regressão Logística Binomial e a Regressão Linear Generalizada.

Com esse panorama, pautamo-nos na ideia de alcançar, de maneira contundente, resultados satisfatórios para as hipóteses aqui testadas. Para tanto, o estudo estimou quatro modelos estatísticos progressivos, para cada variável dependente, com distintas combinações das variáveis independentes de controle, e ainda fez replicando para as subamostras de homens e de mulheres.

3 DISCUSSÕES E RESULTADOS

Investigar sobre as desigualdades de gênero em saúde, perpassando pelas macrorregiões do Brasil, foi a motivação deste trabalho. Buscamos, então, nesta Dissertação, apreender e relacionar os fenômenos explicativos para a questão proposta. A ponto de alcançar nosso objetivo, construímos dois modelos estatísticos de análise, considerando todas as variáveis disponíveis em nosso banco de dados, a partir dos fatores destacados pela literatura como determinantes das diferenças sociais em saúde por gênero.

Como destacado, apesar das melhorias na situação socioeconômica das mulheres, as disparidades de gênero nas taxas de mortalidade e morbidade ainda persistem. Na verdade, as disparidades em saúde se estendem ao longo da vida, salvo os avanços na tecnologia médica e ao maior acesso aos serviços de saúde (Jackson, 2005). O mesmo acontece com o desenvolvimento regional no Brasil, ainda que o país tenha alcançado grandes conquistas na área das políticas sociais, estas não consideram as diversidades e necessidades regionais, não se distribuindo de forma equânime em todo território nacional.

Os resultados da regressão logística binária – apresentados na Tabela 1, abaixo – demonstram que as únicas variáveis que não apresentaram efeito estatisticamente significativo foram: o índice ISEI, no modelo 3, para o caso das mulheres; ser fumante, para os homens, nos modelos 3 e 4, e a região Norte, no modelo 4, para mulheres. Todas as outras variáveis independentes apresentaram efeitos sobre a variável dependente, de acordo com o esperado.

Podemos observar que os indivíduos brancos apresentam autoavaliação da saúde melhor que os indivíduos não brancos. Nos três primeiros modelos, mulheres apresentam melhores percentuais de autoavaliação “boa” que os homens; contudo, no modelo final, quando controlamos pelas regiões do Brasil, tais valores são invertidos, sendo que as mulheres apresentam 28,7% de avaliação positiva da saúde, enquanto homens apresentam 29,3%. Assim, devemos demarcar que, segundo a literatura, mulheres autoavaliam sua saúde piores que os homens, por maior conhecimento da mesma (Annandale, 2010), como mostrado nos modelos restritos. Entretanto, o cenário se inverte ao controlarmos por região, destacando as especificidades regionais em associação com a saúde de homens e mulheres.

Outros fatores sociais que corroboram o referencial teórico sobre gênero e saúde são: quanto maior a escolaridade, mais altos percentuais de saúde boa se apresentam, assim como o índice socioeconômico, renda familiar *per capita* e bens do domicílio, sendo, respectivamente, para homens 8,74%, 0,36%, 5,34% e 56,5%; e para mulheres 5,37%, 0,72%,

5,6% e 33,4%. A escolaridade e a renda se mostram assim como melhores preditores dos diferenciais de saúde, como já demarcou Marmot *et. al.* (1998), do que o *status* socioeconômico. O índice de bens do domicílio, contudo, se traduz com maior influência, pois, quanto maior o índice de bens no domicílio, melhor as condições de saúde de homens e mulheres.

Os anos de escolaridade e o índice de bens do domicílio apresentam porcentagens melhores para homens que para mulheres, chegando a diferenciais entre eles de 3,37% e 23,1%, respectivamente. No que tange ao poder material, ainda apresentamos a posse de planos de saúde, que tem um viés explicativo maior na autoavaliação da saúde dos homens, com 18,2% de probabilidade de apresentar melhor autoavaliação do estado de saúde em oposição a 11,9% de probabilidade das mulheres. Esse resultado pode se dar pelo menor conhecimento dos homens no que diz respeito ao seu estado de saúde, mesmo quando têm planos privados, do que as mulheres, ou até mesmo pela necessidade de afirmação da masculinidade, não admitindo um estado de saúde não bom (Aquino *et. al.*, 1992; Ehrenreich e English, 2003).

O uso substantivo e deliberado dos mecanismos referentes à boa saúde mantém uma relação direta de positividade com o *status* socioeconômico, a educação, a renda, o plano de saúde e os bens do domicílio, pois a real capacidade de investimento em bem-estar e a posse de instrumentos como prestígio, poder e privilégio são decisivos na compra das “mercadorias” que suplantam ou minimizam os fatores de riscos e as consequências da doença (Santos, 2011a).

Os fatores comportamentais analisados expressam que o hábito de fumar diminui a probabilidade de as mulheres se autodeclararem com saúde boa em 13,8%. Essa queda para os homens é de 7,1%, enquanto a prática de atividade física exerce uma influência positiva nessa autodeclaração em 32,1% das mulheres e em 52,1% dos homens. Já o índice de doença crônica nos mostra que, quanto mais doenças são apresentadas, piores os indicadores de saúde boa, sendo de -37,6% para mulheres e -39,7% para os homens.

Tabela 2. Razões de Chance e Exponenciais dos Erros-Padrão Estimados por Modelos de Regressão Logística para a Variável Dependente “Autoavaliação do Estado de Saúde”. Brasil (2008).

Saúde “boa”	Modelo 1 Mulher	Modelo 1 Homem	Modelo 2 Mulher	Modelo 2 Homem	Modelo 3 Mulher	Modelo 3 Homem	Modelo 4 Mulher	Modelo 4 Homem
Raça	1,549*** (0,0758)	1,378*** (0,0679)	1,399*** (0,0704)	1,272*** (0,0641)	1,410*** (0,0767)	1,381*** (0,0759)	1,287*** (0,0746)	1,293*** (0,0757)
Idade	0,962*** (0,00214)	0,953*** (0,00207)	0,956*** (0,00226)	0,948*** (0,00220)	0,985*** (0,00273)	0,978*** (0,00265)	0,9866*** (0,00275)	0,9794*** (0,00266)
Escolaridade	1,132*** (0,00725)	1,0992*** (0,00685)	1,0919*** (0,00907)	1,063*** (0,08268)	1,077*** (0,01014)	1,051*** (0,00917)	1,0874*** (0,01036)	1,0537*** (0,00925)
ISEI			1,004** (0,00170)	1,005*** (0,00166)	1,0019 (0,00187)	1,0061*** (0,00186)	1,0036* (0,00188)	1,0072*** (0,00188)
Renda			1,067*** (0,0137)	1,071*** (0,0133)	1,0608*** (0,0150)	1,0574*** (0,0145)	1,0534*** (0,0149)	1,056*** (0,01450)
Bens			1,839*** (0,2307)	1,415*** (0,1852)	1,7953*** (0,2442)	1,4964*** (0,2155)	1,565*** (0,2142)	1,334** (0,1933)
Plano de Saúde					1,149** (0,0678)	1,217*** (0,0729)	1,119* (0,0666)	1,182*** (0,0717)
Fumante					0,8634** (0,0642)	0,938 (0,0591)	0,862** (0,0646)	0,929 (0,05867)
Atv. Física					1,287*** (0,0799)	1,511*** (0,0906)	1,321*** (0,0824)	1,541*** (0,0926)

Saúde “boa”	Modelo 1 Mulher	Modelo 1 Homem	Modelo 2 Mulher	Modelo 2 Homem	Modelo 3 Mulher	Modelo 3 Homem	Modelo 4 Mulher	Modelo 4 Homem
Doença					0,6284*** (0,0097)	0,606*** (0,0091)	0,624*** (0,0098)	0,603*** (0,0091)
<u>Região</u>								
Centro-oeste							1,285*** (0,1086)	1,283*** (0,1151)
Norte							0,9301 (0,08697)	0,8234* (0,08188)
Sudeste							1,866*** (0,1296)	1,565*** (0,11343)
Sul							1,504*** (0,1264)	1,245** (0,1068)
Constante	5,386*** (0,6761)	15,347*** (1,881)	3,077*** (0,439)	9,825*** (1,397)	2,319*** (0,367)	5,083*** (0,801)	1,6148*** (0,265)	4,106*** (0,673)
Observações	18.496	20.266	18.496	20.266	18.496	20.266	18.496	20.266

Fonte: IBGE. 2009. PNAD – 2008. Microdados com o suplemento especial sobre saúde (tabulações especiais do autor).

Notas: Exponenciais dos erros-padrão em parênteses.

*Coeficiente estatisticamente significativo ao nível de 0,1%.

** Coeficiente estatisticamente significativo ao nível de 0,05%.

*** Coeficiente estatisticamente significativo ao nível de 0,01%.

Justificativas acerca de tais resultados se dão no sentido de que crenças culturalmente estabelecidas sobre a masculinidade desempenham um papel nos padrões de comportamento que podem afetar os resultados de saúde (Williams, 2003), demonstrando que homens são mais propensos a fumar e consumir bebida alcoólica (Eber-Hardt *et. al.*, 2001), e também tendem a apresentar mais baixos índices de frequência aos serviços médicos que as mulheres (Rose *et. al.*, 2000). Entretanto, esses dados não devem reduzir a importância da desvantagem social das mulheres, elas continuam apresentando múltiplas desvantagens na dimensão social. E mulheres negras continuam a experimentar disparidades muito maiores nos indicadores de saúde, como demonstramos acima (Lillie-Blanton *et. al.*, 1993; Williams, 2003).

Nas análises das distinções de autoavaliação do estado de saúde por região, percebemos que a menor diferença entre homens e mulheres se dá na região Centro-oeste, com uma probabilidade de 28,5% para mulheres e de 28,3% para os homens de apresentarem saúde boa. Nas demais regiões, os diferenciais se apresentam, respectivamente, para mulheres e homens: Norte com -6,99% e -17,66%; Sudeste com 86,6% e 56,5%; e Sul com 50,4% e 24,5%; lembrando que esses valores se comparam com a região Nordeste.

A única região que apresenta valores menores de autoavaliação do estado de saúde, ao se comparar com o Nordeste, é a região Norte. Esse fato se deve aos problemas sociais enfrentados por essa região, como o déficit de saneamento ambiental nas residências, o que impacta diretamente nas condições de saúde de seus habitantes (Travassos *et. al.*, 2000). As vantagens apresentadas pelas demais regiões podem ser explicadas pelas melhores oportunidades de emprego do Centro-oeste, pela grande produção de riquezas econômicas e o crescente setor de serviços do Sudeste, e pelos melhores indicadores sociais do país atribuídos ao Sul (Chein, 2007).

Os resultados do modelo de regressão linear generalizado – na Tabela 2, abaixo – nos apresenta apenas as variáveis renda domiciliar *per capita*, no modelo 3, para mulheres, e a região Norte do modelo 4, para mulheres, como as únicas variáveis que não apresentaram efeito estatisticamente significativo. Conquanto, todas as outras variáveis independentes apresentaram efeitos sobre a variável dependente.

Estudos internacionais e nacionais vêm demonstrando que raça, gênero e *status* socioeconômico são categorias que preveem a diferença na distribuição da doença e nos riscos de morte na sociedade (Krieger *et. al.*, 1997; Chor, 2013; Pinheiro, 2002; Santos, 2011b). A literatura demonstra que, ao analisarmos a desigualdade em saúde, temos que tanto o *status* socioeconômico quanto a classe social são preditores fortes de saúde, de longevidade ou de

doença e ocupa na sociologia médica e da saúde um espaço de análise substancial. Ressalta-se que a existência de “outras hierarquias de saúde e mortalidade com respeito a variáveis sociais como idade, gênero e raça, e o poder explanatório do *status* socioeconômico é demonstrado quando ela interage com estas outras variáveis para produzir diferenças além daquelas já produzidas” (Cockerham, 2007:75).

Em concordância com esses dados demonstramos de que, em todos os modelos, brancos apresentam chances menores de terem altos índices de doença crônica, mulheres brancas apresentam uma queda de 96,69% em comparação com as mulheres não brancas. Esse indicador é ainda maior para os homens brancos, mostrando uma queda de 146,2% na probabilidade de terem altos índices de doença crônica.

Como esperado, quanto maior a idade, maior a probabilidade de se ter altos índices de doença crônica, sendo ínfima a diferença entre homens e mulheres. Outras variáveis sociais, algumas acima citadas, também apresentam um impacto inverso à probabilidade de apresentar altos índices de doença crônica, como: escolaridade com uma queda na probabilidade de altos índices de 100,3% (mulheres) e queda de 97,14% (homens); *status* socioeconômico com queda de 99,8% (mulheres) e queda de 99,31% (homens); renda domiciliar *per capita* com queda de 97,78% (mulheres) e queda de 91,6% (homens); e índice de bens do domicílio com queda de 102,56% (mulheres) e queda de 180,4% (homens). Como podemos notar, o diferencial de gênero, nos indicadores acima, é pouco relevante, com exceção do índice de bens do domicílio, sendo que homens apresentam probabilidades bem maiores de ter uma queda no índice de doença crônica quanto maior o índice de bens do domicílio.

A presença da posse de plano de saúde faz com que os indivíduos apresentem baixos índices de doença crônica, sendo essa queda de 109,4% para mulheres e de 118,1% para homens. Assim como analisamos nos modelos de regressão logística binários, os homens também apresentam privilégios quanto à posse de planos de saúde para doença crônica.

Quanto aos fatores comportamentais, assim como quanto ao plano de saúde, encontramos valores semelhantes ao modelo anterior. A prática de atividade física faz com que mulheres e homens apresentem baixos índices de doença crônica, sendo de -108,27 para elas e -106,02 para eles.

Tabela 3. Razões de Chance e Exponenciais dos Erros-Padrão Estimados por Modelos de Regressão Lineares Generalizados para a Variável Dependente “Índice de Doença Crônica”. Brasil (2008).

Doença Crônica	Modelo 1 Mulher	Modelo 1 Homem	Modelo 2 Mulher	Modelo 2 Homem	Modelo 3 Mulher	Modelo 3 Homem	Modelo 4 Mulher	Modelo 4 Homem
Raça	0,0285* (0,0147)	-0,00750*** (0,00255)	0,0272*** (0,00221)	-0,117*** (0,00729)	0,0613*** (0,00369)	-0,117*** (0,00397)	0,0331*** (0,00638)	-0,462*** (0,0243)
Idade	-0,0405*** (0,000986)	-0,0506*** (0,000855)	-0,0245*** (0,000251)	-0,0451*** (0,000777)	-0,0376*** (0,000772)	-0,0190*** (0,000596)	-0,0381*** (0,000786)	-0,0187*** (0,00110)
Escolaridade	0,0107*** (0,00159)	0,0106*** (0,000380)	-0,00443*** (0,000406)	0,0179*** (0,000556)	0,0168*** (0,000656)	-0,00194*** (0,000235)	-0,00301*** (0,000929)	0,0286*** (0,00191)
ISEI			0,00623*** (0,000111)	-0,00193*** (7,74e-05)	0,000514*** (0,000125)	-0,00227*** (7,76e-05)	0,00200*** (0,000217)	0,00688*** (0,000452)
Renda			0,0255*** (0,000554)	0,00997*** (0,000745)	0,000865 (0,00121)	0,0822*** (0,00252)	0,0222*** (0,00168)	0,0840*** (0,00441)
Bens			0,0109* (0,0061074)	0,0627*** (0,0054767)	0,224*** (0,0127)	0,0177*** (0,00496)	-0,0256* (0,0153)	-0,804*** (0,0464)
Plano de Saúde					-0,142*** (0,00473)	-0,334*** (0,0102)	-0,0940*** (0,00689)	-0,181*** (0,0114)
Fumante					-0,142*** (0,00378)	-0,118*** (0,00407)	-0,151*** (0,00482)	-0,191*** (0,0115)
Atv. Física					-0,0305*** (0,00386)	-0,0590*** (0,00326)	-0,0827*** (0,00617)	-0,0602*** (0,00775)

Doença Crônica	Modelo 1 Mulher	Modelo 1 Homem	Modelo 2 Mulher	Modelo 2 Homem	Modelo 3 Mulher	Modelo 3 Homem	Modelo 4 Mulher	Modelo 4 Homem
Autoavaliação Saúde Região Centro-oeste					0,677*** (0,0139)	1,051*** (0,0295)	0,340*** (0,00991)	1,497*** (0,0668)
Norte							-0,0967*** (0,0108)	-0,165*** (0,0217)
Sudeste							-0,00939 (0,00606)	0,400*** (0,101)
Sul							-0,206*** (0,00806)	-0,162*** (0,0214)
Constante	2,603*** (0,0635)	3,151*** (0,0536)	1,168*** (0,0134)	2,845*** (0,0471)	1,807*** (0,0364)	1,017*** (0,0318)	2,410*** (0,0521)	1,609*** (0,0856)
Observações	18.496	20.266	18.496	20.266	18.496	20.266	18.496	20.266

Fonte: IBGE. 2009. PNAD – 2008. Microdados com o suplemento especial sobre saúde (tabulações especiais do autor).

Notas: Exponenciais dos erros-padrão em parênteses.

*Coeficiente estatisticamente significativo ao nível de 0,1%.

** Coeficiente estatisticamente significativo ao nível de 0,05%.

*** Coeficiente estatisticamente significativo ao nível de 0,01%.

A autodeclaração da saúde demonstra grandes diferenciais por gênero, uma vez que mulheres apresentam uma queda no índice de doença crônica de 66% quando autodeclaram sua saúde como boa, enquanto os homens apresentam um aumento no índice de 49,7% quando autodeclaram a boa saúde.

Tais fatores vão de acordo com o referencial teórico apresentado neste trabalho, onde homens têm taxas de mortalidade mais elevadas em relação às mulheres. Além de serem duas vezes mais propensos a morrer por: acidente, suicídio, *cirrose* e homicídio (Annandale, 2010). Gênero como uma categoria socialmente construída, frequentemente produz inesperados riscos à saúde, devido aos papéis sociais e a expectativas que podem ser ligadas ao papel de gênero, como a contradição em homens apresentarem piores índices de doença crônica quando autodeclaram sua saúde como boa.

O hábito de fumar evidencia contraditórios resultados neste caso, sendo que mulheres e homens têm quedas no índice de doença crônica quanto mais fumam, com chance de -115,1 e -119,1, respectivamente. Contudo, acreditamos que esse fenômeno deva ser explicado através de outras variáveis ou combinações de variáveis que não abranjam nosso objetivo.

A análise da influência regional sobre o índice de doença crônica aponta que todas as regiões demográficas do Brasil apresentam uma queda na probabilidade de ter altos índices de doença crônica, se comparadas com o Nordeste brasileiro. A região Norte é a que indica maiores diferenciais de gênero nessa questão, uma vez que mulheres apresentam uma queda na probabilidade de doença crônica de 100,9% e homens de 60%, por residirem nesta região em comparação a quem reside no Nordeste.

Os resultados das análises de regressão corroboram com a hipótese de que os comportamentos diferenciais de gênero e seus impactos sobre a saúde de homens e mulheres refletem tanto a autoavaliação do estado de saúde quanto o índice de doença crônica, e ainda que tais diferenciais variam de acordo com as macrorregiões do país.

4 REFLEXÕES FINAIS

O principal objetivo desta Dissertação foi comparar a desigualdade em saúde entre homens e mulheres no Brasil e demarcar que, independentemente da variável utilizada para medir a saúde dos brasileiros, ela se apresenta demarcada por determinantes sociais, como o gênero. Com esse intuito, propusemos testar algumas hipóteses com base nas teorias que abordam temas relevantes para a pesquisa, como: gênero e saúde como uma construção social.

As duas hipóteses versavam sobre – com base na teoria de gênero e saúde como uma construção social – as desigualdades de gênero, já demarcadas em outras áreas sociais, também se manifestando na saúde, independentemente da variável utilizada para medir a saúde dos indivíduos. Fundamentados nos dados analisados, pudemos perceber que essa desigualdade se apresenta não apenas entre homens e mulheres, mas também entre as mulheres e entre os homens, levando em considerações outros diferenciais sociais, como raça. Esses diferenciais de gênero se manifestaram nas duas variáveis dependentes e nos modelos estatísticos utilizados para medir a saúde. Dessa forma, homens apresentam vantagens no que tange à saúde em comparação às mulheres, apesar de apresentarem piores hábitos comportamentais que influenciam diretamente o estado de saúde.

Também temos que, devido às configurações das efetivações das políticas de saúde no Brasil, assim como na construção social de gênero e saúde, as regiões do país exercem influência direta nos diferenciais de saúde por gênero. A partir da análise dos dados, inferimos que o Nordeste se destaca como a região com os piores índices dos diferenciais de saúde; sendo exceção apenas a região Norte, quando utilizamos o medidor da autoavaliação do estado de saúde, apresentando desvantagem em relação ao Nordeste.

Um ponto a se relevar, que merece maior destaque, vai no sentido de investigar com mais atenção a questão da interação entre as variáveis de *status* socioeconômico, gênero e raça e sua correlação direta com a saúde dos indivíduos, através da criação de um termo interativo delas. A literatura sobre essa questão vem sendo desenhada, mas ainda é tênue. Assim acreditamos que essa questão deva ser abordada em trabalhos futuros, com o objetivo de contribuir com o debate e o conhecimento sobre as nuances das desigualdades em saúde no Brasil.

Ainda vale ressaltar algumas abordagens que não foram aprofundadas aqui, porém são relevantes para ampliar a discussão sobre o tema. Além da questão da interação entre *status*

socioeconômico, gênero e raça, como mencionado acima, ainda merecem destaque estudos que abordem os diferenciais geracionais em saúde, considerando a exposição a fatores de risco no curso de vida dos indivíduos. E também questões de segregação espacial e o impacto na saúde.

Outro ponto que pode ser suscitado é em relação ao propósito deste trabalho. Ao escolher um percurso de pesquisa, sabe-se que existem pontos positivos e negativos. O percurso delineado no presente estudo foi de uma análise quantitativa comparando homens e mulheres, como constructos de gênero, nos diferenciais de saúde segundo as cinco macrorregiões do Brasil. Estudos qualitativos concedem uma análise em profundidade sobre um grupo específico. Entretanto, o estudo quantitativo nos permite fazer generalizações, o que não seria possível em uma análise qualitativa.

Posto que mais pesquisas nesta abordagem sejam necessárias, existem generalizações que podem ser feitas partindo do presente estudo: i) a desigualdade de gênero, no Brasil, também perpassa por questões de saúde; ii) homens geralmente apresentam melhores índices de saúde que as mulheres; iii) esses diferenciais em saúde por gênero são atenuados quanto pior for o desenvolvimento social da região analisada; e iv) as desigualdades em saúde por gênero estão presentes em qualquer medidor de saúde utilizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO. **Relatório final da oficina:** incentivo à participação popular e controle social em saúde. (Série Saúde e movimento, n.1). Brasília: Abrasco, 1993.

AGRESTI, A. **An Introduction to Categorical Data Analysis.** Canada: Wiley (Second Edition), 2007.

AGRESTI, A. e FINLAY, B. **Métodos Estatísticos para Ciências Sociais.** Tradução: Lori Viali. 4. Ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

AGUIAR, N. F.; FERNANDES, D. C.; NEVES, J. A. Mobilidade Social Feminina, In: Neuma Aguiar (Org.). **Desigualdades Sociais, Redes de Sociabilidade e Participação Política.** 01 ed. Belo Horizonte - MG: Editora UFMG, 2007, v. 01, p. 165-180.

ANDRADE, I. A. L. Descentralização e Poder Municipal no Nordeste: os dois lados da moeda. In: SOARES, J. A. (Org.). **O Orçamento dos Municípios do Nordeste Brasileiro.** Brasília: Paralelo 15, 1998.

ANDRADE, M. V. **A saúde na PNAD.** Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2002, 31p. (Texto para discussão; 170).

ANNANDALE, E. Health Status and Gender. In: COCKERHAM, W. C. **The New Blackwell Companion to Medical Sociology.** Wiley-Blackwell, 2010.

AQUINO, E. M. L. *et. al.* Gênero e Saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios. **Ver. de Saúde Pública.** São Paulo, vol. 26, n. 3, jun. 1992.

ARENDT, H. **A Condição Humana.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997 (Cap. II, 5 e 6).

BABBIE, E. **Métodos de pesquisas de Survey.** Tradução: Guilherme Cezarino. 3ª reimpressão. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

BACKLUND, E. *et. al.* A Comparison of the Relationships of Education and Income with Mortality. **Social Science and Medicine.** V. 49:1373-84. 1999.

BARTLEY, M. **Health Inequality:** an Introduction to Theories, Concepts and Methods. Cambridge: Polity, 2004.

BERCOVICH, A. M. Características regionais da população idosa no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**. Campinas, v. 10, n. 1/2, 1993, p. 125-143.

BLACK, D. Department of Health and Social Security. **Inequalities in Health**: Report of a Working Group Chaired by Sir Douglas Black. London: DHSS, 1980.

BLACK, D. *et. al.* **Inequalities in Health**: The Black Report; The Health Divide. London: Penguin, 1988.

BLANE, D. *et. al.* Social selection: what does it contribute to social class differences in health? **Sociology of Health & Illness**. V. 15, issue 1, pages 1-15. January, 1993.

BLANE, D. *et al.* **Health and Social Organization**. London: Routledge. Eds., 1996.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

_____. **A distinção**: crítica social do julgamento. São Paulo: Edusp, 2007.

BRATTER, J. L. and GORMAN, B. K. Is Discrimination an Equal Opportunity Risk? Racial Experiences, Socioeconomic Status, and Health Status among Black and White Adults. **Journal of Health and Social Behavior**. September 2011, 52: 365-382. doi:10.1177/0022146511405336.

CARNEIRO, C. B. L. Conselhos: Uma reflexão sobre os condicionantes de sua atuação e os desafios de sua efetivação. **Informativo CEPAM**. Fundação Prefeito Faria Lima. São Paulo. V. 1; n. 3; Março de 2002. P. 62-70.

CARRARA, S. *et. al.* A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis**. 2009; 19(3):659-78.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de saúde no Brasil**: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: IBAM/FASE, 1995.

CASTRO, M. & LAVINAS, L. Do feminino ao gênero: a construção de um objeto. In: COSTA, A. & BRUSCHINI, C. (Eds.). **Uma questão de gênero** (p. 216-251). São Paulo: Rosa dos Tempos, 1992.

CHEIN, F. *et. al.*. Desenvolvimento desigual: evidências para o Brasil. **Rev. Bras. Econ.** Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, Sept. 2007. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471402007000300002&lng=en&nrm=iso>. Access on: 3 nov. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71402007000300002>.

CHOR, D. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, July 2013. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000700002&lng=en&nrm=iso>. Access on: 22 sept. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700002>.

COCKERHAM, W. C. **Social Causes of Health and Disease**. Cambridge (U.K.): Polity Press, 2007. pp. 1-25.

COELHO, V. S. e NOBRE, M. **Participação e Deliberação: Teoria Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo**. Editora 34: São Paulo, 2004.

COHN, A.; *et. al.* Participação popular e gestão de serviços de saúde: Um olhar sobre a experiência do município de São Paulo. In.: **Revista Saúde em Debate**, n. 38/março de 1993. Brasil.

COHN, A. O SUS e o Direito à Saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 385-405.

CONNELL, R. W. **Gender and power: society, the person and sexual politics**. Stanford University Press: Stanford, 1987.

_____. **Gender**. Cambridge. Polity Press; Malden, Blackwell Publishers, 2002.

CORNELL, S. e HARTMANN, D. **Ethnicity and Race: making identities in a changing world**. Thousand Oaks. Pina Forge Press, 1997.

COSTA, Albertina de Oliveira; BRUSCHINI, Cristina (Orgs.). **Uma Questão de Gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

DACHS, J. N. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 7, n. 4, p. 641-657, 2002.

DACHS, J. N.; SANTOS, A. P. R. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 11, n. 4, p. 887-894, 2006.

DAHLGREN, G., and WHITEHEAD, M. Tackling Inequalities: A Review of Policy Initiatives. In: **Tackling Inequalities in Health: An Agenda for Action**. eds. BENZEVAL, M.; JUDGE, K.; and WHITEHEAD, M. London: Kings Fund Institute. 1995.

DOYAL, L. **What makes Women Sick?** Londres: Macmillan, 1995.

DRAIBE, Sonia. As políticas sociais nos anos 1990. In: BAUMANN, Renato (Org.). **Brasil: uma década em transição**. Rio de Janeiro: Campus, 1999, p. 101-142.

EBER-HARDT, M.S., *et al.* Urban and Rural Health Chartbook. **Health, United States, 2001**. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics. 2001.

EHRENREICH, B. e ENGLISH, D. **Para seu próprio bem**. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 2003.

ELLEN, I. G. Is segregation bad for your health? The case of low birth weight. **Brookings-Wharton Papers on Urban Affairs**. 203-238, 2000.

ELO, I. T. Class differentials in health and mortality: patterns and explanations in comparative perspective. **Annual Review of Sociology**. 35: 553-572, 2009.

ERVING, C. L. Gender and Physical Health: A Study of African American and Caribbean Black Adults. **Journal of Health and Social Behavior**. September 2011 52: 383-399.doi:10, 1177/0022146511415857

FABREGA JR. I. The Study of Disease in Relation to Culture. **Behavioral Science**, v. 17 183-203, 1972.

FAHEL, M. C. X.; NEVES, J. A. B. Desigualdades Em Saúde No Brasil: Análise Comparada Do Acesso Aos Serviços De Saúde Por Estratos Ocupacionais. **Teoria & Sociedade (UFMG)**. V. 17, p. 140-159, 2009.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. de. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Dados - Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol. 33, n. 2, 1990, p. 257-283.

FERREIRA, L. O. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. **Ciênc. saúde coletiva [on-line]**. 2013, vol. 18, n. 4, p. 1151-1159. ISSN 1413-8123.

FLEURY, S.; OUVÉRY, A. M. **Política de Saúde: uma política social: políticas e sistema de saúde no Brasil**. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2009, p. 23-64.

FOUCAULT, M. Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978). Tradução: Eduardo Brandão; revisão da tradução: Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2008. (Coleção Tópicos).

GANZEBOOM, H. *et. al.* A Standard International Socio-economic Index of Occupational Status. **Social Science Research**, n. 21, p. 1-56. 1992.

GEIGER, H. J. Health Disparities: What Do We Know? What Do We Need to Know? What Should We Do? P. 261–88. In: **Gender, Race, Class, & Health**, edited by SCHULZ, A. J. and MULLINGS, L. San Francisco: John Wiley. 2006.

GEORGES, I. e SANTOS, Y. G. dos. *Care e políticas públicas: o caso das “agentes comunitárias de saúde” e das “agentes de proteção social”*. In: HIRATA, H. e GUIMARÃES, N. A. (Orgs.). **Cuidados e Cuidadoras: As Várias Faces do Trabalho do Care**. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2012, p. 166-182.

GLENN, E. N. The social construction and institutionalization of gender and race: an integrate framework. **Revisioning Gender**. Thousand Oaks. P. 3-43, 1999.

GOODE, E. For Good Health, It Helps To Be and Important. **The New York Times**. June 1, 1999.

GRAHAM, H. (Ed.). **Understanding Health Inequalities**. Buckingham: Open University Press, 2000.

GROSSI, M. *et. al.* Entrevista com Joan Wallach Scott. **Revista Estudos Feministas**. V. 6, n. 1, p. 114-124, 1998.

HAIR Jr., J. *et. al.* Multivariate Data Analysis With Readings. **Upper Saddle River** (New Jersey): Prentice Hall, 1995.

HALSEY, A. H. *et. al.* **Origins and Destinations: Family, Class and Education in Modern Britain**. Oxford: Clarendon, 1980.

HANKIN, J. R. & WRIGHT, E. R. Reflections on Fifty Years of Medical Sociology. **Journal of Health and Social Behavior**. November 2010; vol. 51, 1 suppl: p. S10-S14.

HELAL, D. H. e NEVES, J. A. B.. Superando a pobreza: o papel do capital social na região metropolitana de Belo Horizonte. **Cadernos EBAPE.BR** (FGV), v. 5, p. 01-13, 2007.

HERD, P. *et. al.* Socioeconomic Position and Health: The Differential Effects of Education versus Income on the Onset versus Progression of Health Problems. **Journal of Health and Social Behavior**. Vol. 48 (September): 223-238, 2007.

HIRATA, H.; ZARIFIAN, Ph. Travail (le concept de). In: HIRATA, H. *et. al.* (Coords.) **Dictionnaire critique du féminisme**. Paris: PUF, 2000. p. 230-235.

HIRATA, H. e KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. In: **Cadernos de Pesquisa**. Vol. 37, n. 132, set./dez.. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 2007, p. 595-609.

HOUSE, J. *et. al.* Social Stratification, Age, and Health. In: SCHAE, K. W.; BLAZER, D. e HOUSE, J. S. (Eds.). **Aging, Health Behaviors, and Health Outcomes**. Hillsdale, Erlbaum, 1992.

HOUSE, J. *et. al.* The Social Stratification of Aging and Health. **Journal of Health and Social Behavior**. 35: 213-234, 1994.

HOUSE, J. *et. al.* Continuity and change in the social stratification of aging and health over the life course. **Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences**. 60B, special issue ii: 15-26, 2005.

HOUSE, J. S.; WILLIAMS, D. R. Understanding and reducing socioeconomic and racial/ethnic disparities in health. In: SMEDLEY, B. D. e SYME, L. S. (Eds.). **Promoting health: intervention strategies from social and behavioral research**. Washington: National Academy Press, 2000.

IBGE, **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios** – 2008. Microdados. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

JACKSON, P. B. Health Inequalities among Minority Populations. **Journal of Gerontology**. Series B, 60B (Special Issue II):63–7. 2005.

JACKSON, P. B. and WILLIAMS, D. R. The Intersection of Race, Gender, and SES: Health Paradoxes. P. 131-62. In: **Gender, Race, Class, & Health: Intersectional Approaches**, edited by SCHULZ, A. and MULLINGS, L. San Francisco: Jossey-Bass, 2006.

KAUFMAN, J.S. *et. al.* Socioeconomic status and health in blacks and whites: The problem of residual confounding and the resiliency of race. **Epidemiology** 1997;6:621-628.

KAWACHI, I. e KENEDY, B. P. **The Health of Nations: why inequality is harmful for your health**. New York: New Press, 2006.

KRIEGER, N. *et. al.* Racism, Sexism, and Social Class: Implications for Studies of Health, Disease, and Well-Being. **American Journal of Preventive Medicine**. 9:82–122.1993.

KRIEGER, K. *et. al.* Measuring social class in Us public health research: concepts, methodologies, and guidelines. **Annual Review of Public Health**. 18: 341-78, 1997.

LAHELMA, E. Health and Social Stratification. *In*: COCKERHAM, W. (Ed.). **The Blackwell Companion to Medical Sociology**. Oxford: Blackwell, p. 64-93, 2001.

LEÃO, N. Desigualdade Social em Saúde no Brasil. **Revista Virtú**. 9. ed. 2009.

LILLIE-BLANTON, M. *et. al.* Latina and African American women: continuing disparities in health. **Int. J. Health Serv.** 1993; 23:555–584.

LINK, B.G. e PHELAN, J.C. Social conditions as fundamental causes of disease. **Journal of Health Social Behavior**. Vol. 35 (special issue), 1995, p. 80-94.

LORBER, J. **Paradoxes of gender**. New Haven. CT: Yale University Press, 1994.

LYNCH, J. & KAPLAN, G. Socioeconomic Position. *In*: BERKMAN, L. F. e KAWACHI, I. **Social Epidemiology**. Oxford: Oxford University Press, 2000.

MACKENBACH, J. P. Tackling Inequalities in Health. **British Medical Journal**. 310:1152–3. 1995

MARMOT, M.G. *et. al.* Inequalities in Death: Specific Explanations of a General Pattern. **Lancet**. 1:1003–6. 1984.

MARMOT, M. G. and MUSTARD, J. F. Coronary Heart Disease from a Population Perspective. *In*: **Why Are Some People Healthy and Others Not?** eds. R.G. Evans, M.L. Barer, and T.R. Marmor, 189–214. Hawthorne, N.Y.: Aldine de Gruyter, 1994.

MARMOT, M.G. *et. al.* Explanations for Social Inequalities in Health. *In*: **Society and Health**, eds. B.C. Amick *et. al.* New York: Oxford University Press, 1995.

MARMOT, M. G. *et. al.* Contribution of Psychosocial Factors to Socioeconomic Differences in Health. **Milbank Quarterly**. V. 76; issue 3; pages 403-448. September, 1998.

MARQUES, E. e ARRETCHE, M. Condicionantes Locais da descentralização das Políticas de Saúde. **Cadernos do CRH**, vol. 39, p. 55–81, 2004.

MARQUES, E. *et. al.* Comparando estruturas sociais no Rio de Janeiro e em São Paulo. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, 2008. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582008000100007&lng=en&nrm=iso>. Access on: 21 jan. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52582008000100007>.

MARSHALL, G. *et. al.* **Social Class in Modern Britain**. London: Hutchinson. 1988.

MARTIN, P. **Gender as social institution**. Louisiana: Southern Sociological Society, 2004.

MATTOS, R. A. de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface (Botucatu)**. Botucatu, 2013. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500028&lng=en&nrm=iso>. Access on: 01 july 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500028>.

MÉDICI, A. **Financiamiento y gasto público en salud en los años noventa**. División de Programas Sociales del Banco Interamericano de Desarrollo, (BR-009). 2001.

MELAMED, C. e COSTA, N. do R. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**. vol. 8, n. 2, p. 393-401, 2003.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

_____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MENICUCCI, T. M. G. A implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. **Saúde Soc.** 2006; 15:72-87.

_____. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, July 2009. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700021&lng=en&nrm=iso>. Access on: 29 jan. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700021>.

MOEN, P. *et. al*. Changing Work, Changing Health: Can Real Work-Time Flexibility Promote Health Behaviors and Well-Being? **Journal of Health and Social Behavior**, December 2011 52: 404-429.doi:10.1177/0022146511418979.

MUNIZ, J. O. Preto no branco? Mensuração, relevância e concordância classificatória no país da incerteza racial. **Dados**. V. 55; n. 1; 2012. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0011-52582012000100007&script=sci_arttext>. Access on: 25 september 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52582012000100007>.

NAVARRO, V. Race or Class, or Race and Class. **International Journal of Health Services**.1989, 19:311-14.

NETTELETON, S. **The Sociology of Health and Illness**. Cambridge: Polity Press, 1995.

NORONHA, J. C. *et al.* **O Sistema Único de Saúde: SUS, Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2009, p. 435-472.

NORTH, F. *et al.* Explaining Socioeconomic Differences in Sickness Absence: The Whitehall II Study. **British Medical Journal**, 1993, 306:361–6.

NUNES, E. D. Sociologia da saúde: história e temas. In: CAMPOS, G. W.; MINAYO, M. C.; AKERMAN, M.; DURMOND JR., M.; CARVALHO, Y. M. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 19-51.

PAMUK, E. *et al.* **Socioeconomic Status and Health Chartbook, Health, United States**, 1998. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

PARAHYBA, M. I. C. A.. Desigualdades de gênero em saúde entre os idosos no Brasil. In: **XV Enc. Nacional de Estudos Populacionais**. 2006. Caxambu. Enc. Nacional de Estudos Populacionais: desafios e oportunidades do crescimento zero. Campinas: ABEP, 2006.

PAYNE, S. Illness and health: sex, gender and morbidity. In: _____. **The Health of Men and Women**. Polity Press, 2006.

PHELAN, J. C. *et al.* Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications. **Journal of Health and Social Behavior**. November 2010; vol. 51, 1 suppl: p. S28-S40.

PINHEIRO, R. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 7; n. 4; p. 687-707; 2002.

PINTO, L.; SORANZ, D. Private health plans: population coverage in Brazil. Rio de Janeiro, **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 9; n. 1; p. 85-98; 2004.

PNAISH. **Política Nacional de Saúde do Homem**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_homem.pdf>. 2008. Acesso em: 20 dez. 2013.

RIBEIRO, C. A. C. Desigualdade de oportunidades e resultados educacionais no Brasil. **Dados**. Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, 2011. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582011000100002&lng=en&nrm=iso>. Access on: 15 out. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52582011000100002>.

RICHARDSON, C.J. **Contemporary Social Mobility**. London: Francis Pinter, 1977.

RIEKER, P. P. *et. al.* Understanding Gender and Health, In: BRID, C. E.; CONGRAD, P.; FREMONT, A. M.; TIMMERMAN, S. (Eds.). **Handbook of Medical Sociology**. 6. ed. Nashville: Vanderbilt University Press, 2010.

RISMAN, B. J. Gender as a social structure - Theory wrestling with Activism. **Gender & Society**. V. 18; n. 4; p. 429-450, 1994.

ROSE L. *et. al.* The contexts of adherence for African Americans with high blood pressure. **Journal Adv. Nurs**. 2000;32:587-594.

SANTOS, J. A. F. Classe, gênero e família: a questão da unidade de análise. **Teoria e Cultura**. V. 1; p. 97-115; 2006.

_____. **Divisões sociais e desigualdade em saúde**: uma perspectiva de investigação para o Brasil. Artigo inédito, 2008.

_____. A interação estrutural entre a desigualdade de raça e de gênero no Brasil. **Rev. bras. Ci. Soc.** São Paulo. V. 24; n. 70; June 2009. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-9092009000200003&lng=en&nrm=iso. Access on: 04 nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092009000200003>.

_____. Classe social e desigualdade de saúde no Brasil. **Ver. Bras. Ci. Soc.** [on-line]. 2011a. Vol. 26; n. 75; p. 27-55. ISSN 0102-6909. doi:10.1590/S0102-69092011000100002.

_____. Desigualdade racial de saúde e contexto de classe no Brasil. **Dados**. Rio de Janeiro. V. 54; n. 1; 2011b. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582011000100001&lng=en&nrm=iso. Access on: 26 July 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52582011000100001>.

SANTOS, R. e COIMBRA JÚNIOR C. (Orgs.). **Saúde e Povos Indígenas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

SCHRAMM, J. M. de A. *et. al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [on-line]. 2004; vol. 9; n. 4; p. 897-908. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000400011>.

SEN, A. K. **Desenvolvimento como liberdade**. Tradução: Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SCHWARZ, E. *et. al.* Política de saúde do homem. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 46, supl. 1, Dec. 2012. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700015&lng=en&nrm=iso>. Access on: 29 dez. 2013. Epub Dec 11, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000061>.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *In: Educação e Realidade.* V. 16, n. 2, jul./dez. 1990, p. 5-19.

SCOTT, P. **Gênero, saúde e família.** *In: Anais do V Encontro de Ciências Sociais do Nordeste.* S.I.: Instituto de Pesquisa Sociais/Fundação Joaquim Nabuco, 1991.

_____. Gênero, Família e Comunidades: observações e aportes teóricos sobre o Programa Saúde da Família. *In: VILLELA, W. e MONTEIRO, S. Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão.* Rio de Janeiro: ABRASCO-Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; Brasília: UNFPA-Fundo de População das Nações Unidas, 2005.

SILVA, N. do V. e HASENBALG, C. Recursos familiares e transições educacionais. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 2012. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700008&lng=en&nrm=iso>. Access on: 04 Jun. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700008>.

SOARES, S. **O perfil da discriminação no mercado de trabalho – Homens negros, Mulheres brancas e Mulheres negras.** Texto para discussão n. 769, Ipea. Brasília, novembro, 2000.

SOARES, A. As emoções do *care*, *In: HIRATA, H. e GUIMARÃES, N. A. (Orgs.). Cuidados e Cuidadoras: As Várias Faces do Trabalho do Care.* São Paulo: Editora Atlas S.A., 2012, p. 44-60.

SORJ, B. e FONTES, A. O *care* como um regime estratificado: implicações de gênero e classe social. *In: HIRATA, H. e GUIMARÃES, N. A. (Orgs.). Cuidados e Cuidadoras: As Várias Faces do Trabalho do Care.* São Paulo: Editora Atlas S.A., 2012, p. 103-16.

SOUZA, J. **A invisibilidade da desigualdade brasileira.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

SPOSATI, A. e LOBO, E. Controle social e políticas públicas. **Cadernos de Saúde Pública.** Vol. 4, N. 8, 1992. Brasil.

SPRINGER, K. W. e MOUZON, D. M. “Macho Men” and Preventive Health Care: Implications for Older Men in Different Social Classes. **Journal of Health and Social**

Behavior. June 2011 52: 212-227, first published on April 13, 2011
doi:10.1177/0022146510393972.

TANSEY, R. *et. al.* A Comparison of Loglinear Modeling and Logistic Regression in Management Research. **Journal of Management.** V. 22, n. 02, p. 339-359, Summer 1996.

TILLY, C. O acesso desigual ao conhecimento científico. Tradução: Alexandre Massella. **Tempo Social** – Revista de Sociologia da USP. Vol. 18, n. 2, p. 47-62, nov. 2006.

TRAVASSOS, C. *et. al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & saúde coletiva.** Rio de Janeiro. V. 5, n. 1, 2000. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100012&lng=en&nrm=iso>. Access on: 06 aug. 2010.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100012>.

UGÁ, M. A. *et. al.* Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva.** Vol. 8, 2003, p. 417-437.

VIACAVA, F. *et. al.* **Gênero e utilização de serviços de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: s/r, 2001.

VIANA, A. L. Desenho, modo de operação e representação dos interesses do sistema municipal de saúde e os conselhos de saúde. *In: Revista Ciência e Saúde Coletiva.* 1998; Vol. III, N. 1. Brasil.

VILLELA, W. e MONTEIRO, S. **Gênero e Saúde:** Programa Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro: ABRASCO-Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; Brasília: UNFPA-Fundo de População das Nações Unidas, 2005.

VILLELA, W. *et. al.* A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. **Ciência & Saúde Coletiva.** Vol. 14, n. 4, p. 997-1006, 2009.

WEBER, L. and PARA-MEDINA, D. Intersectionality and Women's Health: Charting a Path to Eliminating Health Disparities. **Advances in Gender Research: Gender Perspectives on Health and Medicine.** 7:181-230. 2003.

WEST, P. Inequalities? Social class differentials in health in British youth. **Social Science and Medicine.** 1988; 27, 291-6.

_____. Rethinking the health selection explanation for health inequalities. **Social Science and Medicine.** 1991; 32, 373-84.

WEST, P. *et. al.* Social class and health in youth: findings from the West of Scotland Twenty-07 study. **Social Science and Medicine**. 1990; 30, 665-73.

WHARTON, A. S. Gender Inequality. **Handbook of Social Problems**. Edited by George Ritzer. Thousand Oaks, CA: Sage, 2003.

_____. **The Sociology of Gender**: an introduction to theory and research. Oxford: Blackwell, 2005.

WHITEHEAD, M. and DAHLGREN, G. What Can Be Done about Inequalities in Health? **Lancet**. 1991, 338:1059–63.

WILKINSON, R.G. Socioeconomic differentials in mortality: interpreting the data on size and trends. In: WILKINSON, R.G. (Ed.). **Class and Health**: research and longitudinal data. London: Tavistock, 1986; 1-20.

_____. **Unhealthy Societies**: The Afflictions of Inequality. London: Routledge, 1996.

WILKINSON, L. R. *et. al.* Does Occupational Mobility Influence Health among Working Women? Comparing Objective and Subjective Measures of Work Trajectories. **Journal of Health and Social Behavior**. December 2012 53: 432-447, first published on November 6, 2012 doi:10.1177/0022146512462889.

WILLIAMS, D. R. Race and health: Basic questions, emerging directions. **Annals of Epidemiology**. Vol. 7, issue 5, pages 322-333, july 1997.

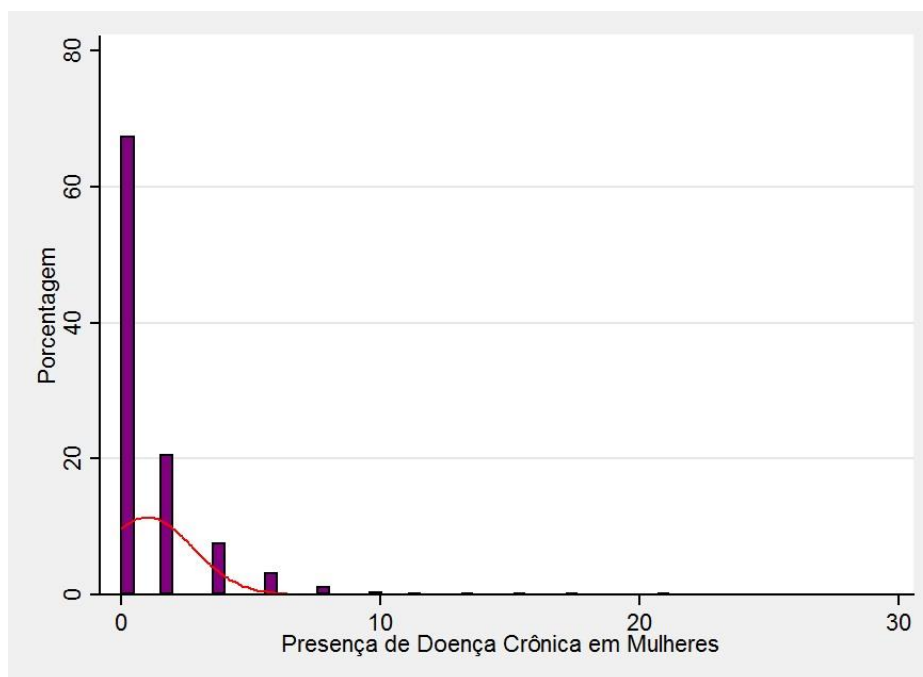
_____. The health of men: structured inequalities and opportunities. **Am. J. Public Health**. 2003;93(5):724–31. doi: 10.2105/AJPH.93.5.724.

_____. Patterns and Causes of Disparities in Health. P. 115–34 in **Policy Challenges in Modern Health Care**, edited by MECHANIC, D.; ROGUT, L. B.; COLBY, D. C.; and KNICKMAN, J. R.. New Brunswick, N. J.: Rutgers University Press, 2005a.

WRIGHT, E. O. **Class and Race**. Lecture 10. 2009, Disponível em: <<http://www.ssc.wisc.edu/~wright/Soc621-course-page-2009.htm>>. Acesso em: 14 Abr. 2013.

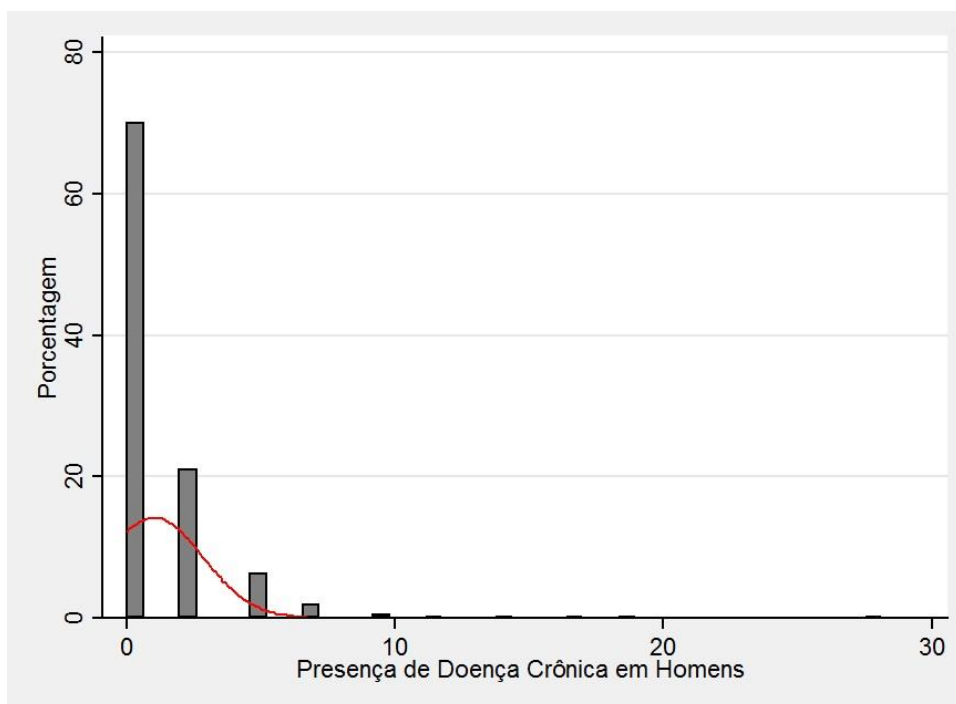
ANEXO

Gráfico 5. Distribuição não normal da variável dependente (doença crônica), por mulheres (Brasil, 2008).



Fonte: IBGE. 2009. PNAD – 2008. Microdados com o suplemento especial sobre saúde (tabulações especiais do autor).

Gráfico 6. Distribuição não normal da variável dependente (doença crônica), por homens (Brasil, 2008).



Fonte: IBGE. 2009. PNAD – 2008. Microdados com o suplemento especial sobre saúde (tabulações especiais do autor).